



Les Villes-Santé en Bretagne : quels choix de gestion et d'aménagement des espaces ?

Erwan Le Goff

► To cite this version:

Erwan Le Goff. Les Villes-Santé en Bretagne : quels choix de gestion et d'aménagement des espaces ?. Géographie. Université Rennes 2, 2012. Français. NNT : 2012REN20051 . tel-00772443

HAL Id: tel-00772443

<https://theses.hal.science/tel-00772443>

Submitted on 10 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THESE / UNIVERSITE RENNES 2
sous le sceau de l'Université européenne de Bretagne
pour obtenir le titre de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE RENNES 2
Mention : Géographie / Aménagement
Ecole doctorale ED 507 SHS

présentée par
Erwan Le Goff
Préparée à l'UMR 6590 ESO
« Espaces et sociétés »
Laboratoire ESO-Rennes

Les Villes-Santé en Bretagne : quels choix de gestion et d'aménagement des espaces ?

Thèse soutenue le 4 décembre 2012
devant le jury composé de :

Sébastien Fleuret

Chargé de recherches en Géographie, habilité à diriger des recherches
UMR 6590 CNRS Espaces et sociétés – laboratoire ESO-Angers
Président

Jeanne-Marie Amat-Roze

Professeur de Géographie
Université Paris-Est Créteil
Rapporteur

Corinne Larrue

Professeur d'Aménagement-urbanisme
Université François Rabelais, Tours
Rapporteur

Raymonde Séchet

Professeur de Géographie
Université Rennes 2
Co-directrice de thèse

Olivier David

Professeur de Géographie
Université Rennes 2
Directeur de thèse

Université Rennes 2 – Décembre 2012

Thèse de doctorat

Mention : Géographie / Aménagement

LES VILLES-SANTE EN BRETAGNE :
QUELS CHOIX DE GESTION
ET D'AMENAGEMENT DES ESPACES ?

Présentée par

Erwan Le Goff

Sous la direction de

Olivier David, professeur de Géographie

Raymonde Séchet, professeur de Géographie (co-directrice)

Thèse réalisée au laboratoire ESO-Rennes, UMR 6590 CNRS ESO

Ecole doctorale ED 507 SHS

Pour Maël, né au cours du chapitre 7...

REMERCIEMENTS

J'adresse tout d'abord mes remerciements à Olivier David, mon directeur de thèse, et à Raymonde Séchet, co-directrice, pour leur disponibilité, leur écoute et leurs remarques constructives. Je remercie également tous les enseignants de géographie que j'ai pu rencontrer au cours de ma formation universitaire (Lettres supérieures au Lycée Cornouaille de Quimper, Université de Bretagne occidentale, Université Rennes 2) et ceux qui m'ont fait partager leurs réflexions au cours de la recherche.

Je tiens également à remercier Zoë Héritage, chargée de mission du réseau français des Villes-Santé, qui m'a fourni des informations précieuses en accord avec Valérie Lévy-Jurin, présidente du réseau, et m'a permis d'entrer en contact avec les acteurs de terrain. Je remercie de même Annette Sabouraud, présidente du centre collaborateur des Villes-Santé francophones, qui m'a donné l'accès aux archives du réseau français.

Le travail de thèse a été permis grâce à un soutien matériel appréciable. La Région Bretagne et l'école doctorale m'ont permis de me rendre à l'étranger (Algérie, Royaume-Uni) afin de partager mes recherches. Merci à l'équipe administrative du laboratoire ESO-Rennes d'avoir été toujours disponible pour répondre à mes sollicitations.

Le soutien moral des doctorants et amis a été essentiel, notamment pendant la phase de rédaction.

Enfin, j'adresse un grand merci à Audrey, qui a vécu quotidiennement la thèse et qui m'a soutenu patiemment, en particulier depuis le 25 juillet 2012, lorsque la famille s'est agrandie.

Sommaire

<i>Introduction générale</i>	13
PARTIE 1. DE LA SANTE EN VILLE A LA « VILLE EN SANTE » : EVOLUTIONS SCIENTIFIQUES ET POLITIQUES	17
CHAPITRE 1. LA SANTE, LE BIEN-ETRE ET LA VILLE : EVOLUTION DES APPROCHES	19
CHAPITRE 2. L'ESPACE POLITIQUE DE LA SANTE A L'ECHELLE LOCALE : UNE GOUVERNANCE MULTI-NIVEAUX .	49
CHAPITRE 3. LES VILLES-SANTE BRETONNES COMME LABORATOIRE POUR L'ETUDE DE LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES LOCALES DE SANTE	79
PARTIE 2. LES VILLES-SANTE : QUELLE APPLICATION LOCALE DE PRINCIPES GLOBAUX ?	117
CHAPITRE 4. REPARTITION ET ORGANISATION EN RESEAUX DES VILLES-SANTE DANS LE MONDE	119
CHAPITRE 5. DIFFUSION ET DIVERSITE DES FORMES LOCALES DE L'ADHESION DES MUNICIPALITES AUX PRINCIPES DU RESEAU FRANÇAIS.....	149
CHAPITRE 6. APPROCHE COMPARATIVE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPES DES VILLES-SANTE A L'ECHELLE LOCALE : LE CAS DES VILLES BRETONNES.....	183
PARTIE 3. LA SANTE : UNE DIMENSION DES AMENAGEMENTS URBAINS ?.....	213
CHAPITRE 7. LA SANTE, UN REFERENTIEL POUR LES AMENAGEMENTS URBAINS ?	215
CHAPITRE 8. LE BIEN-ETRE DANS L'ENVIRONNEMENT DES ENFANTS ET DES JEUNES : UNE QUESTION D'AMENAGEMENT ?.....	245
CHAPITRE 9. LES VILLES-SANTE ET L'URGENCE ENVIRONNEMENTALE : CONCURRENCE OU PREOCCUPATION COMMUNE ?	269
<i>Conclusion générale</i>	293
<i>Bibliographie</i>	297
<i>Table des illustrations</i>	313
<i>Liste des personnes interrogées</i>	317
<i>Table des matières</i>	319

Table des sigles

ARS : agence régionale de santé
ASV : atelier santé ville
BMH : bureau municipal d'hygiène
CAF : caisse d'allocations familiales
CCAS : centre communal d'action sociale
CLS : contrat local de santé
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CRAM : caisse régionale d'assurance maladie
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DIV : délégation interministérielle à la ville
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHESP : école des hautes études en santé publique
EIS : étude (ou évaluation) d'impact sur la santé
ENSP : école nationale de santé publique
EPCI : établissement public de coopération intercommunale
GRSP : groupement régional de santé publique
HPST : loi « Hôpital, patients, santé, territoires »
HQE : haute qualité environnementale
OMS : organisation mondiale de la santé
PDU : plan de déplacement urbain
PLU : plan local d'urbanisme
PNNS : plan national nutrition santé
PNSE : plan national santé-environnement
PRSE : plan régional santé-environnement
SCHS : service communal d'hygiène et de santé
SCOT : schéma de cohérence territoriale
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
URCAM : union régionale des caisses d'Assurance maladie

Introduction générale

Plus de la moitié de la population mondiale vit en ville en 2012, et la proportion d'urbains s'élèvera à près de 70% en 2050. L'évolution démographique des villes, associée à l'évolution des dynamiques économiques, sociales et environnementales, renouvelle les enjeux sanitaires des espaces urbains. L'Organisation mondiale de la santé avait ainsi consacré la journée mondiale de la santé de 2010 à l'urbanisation et à la santé, signe de l'importance accordée aux problématiques de santé spécifiques des milieux urbains. La préoccupation des élites pour la santé dans les villes est ancienne : celles-ci étaient parfois directement concernées, à l'image de Philippe Auguste, « incommodé par la puanteur de la boue soulevée par les chariots sous les fenêtres de son palais, [qui] aurait ordonné à son prévôt et aux bourgeois de faire paver toutes les rues de la cité de 'dures et fortes pierres' » (Chédeville et al., 1980). L'hygiène et la santé ont façonné la ville jusqu'à nos jours, tant dans son organisation politique que dans sa morphologie. La disparition de la « ville délétère » (Barles, 1999) dans les pays les plus développés n'a pas conduit à une disparition de tous les problèmes de santé publique.

Au cours du XXème siècle, la médecine s'est modernisée et technicisée. La guérison des pathologies a progressivement pris le pas sur une vision plus globale de la santé : les individus sont devenus des patients, voire seulement des corps à traiter. De l'autre côté, les urbanistes et l'ensemble des acteurs de l'aménagement urbain se sont consacrés à la construction de la ville : la croissance urbaine en Europe et en France, au lendemain de la Seconde guerre mondiale, a nécessité de construire rapidement des villes à grande échelle et a effacé en grande partie l'héritage hygiéniste de la fin du XIXème siècle. En définissant en 1947 la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental, social », l'OMS a contribué à diffuser un modèle des déterminants de la santé qui accorde une importance significative aux facteurs liés aux environnements physiques et sociaux. Cette approche plus globale de la santé, qui dépasse l'approche biomédicale, a renouvelé l'approche des sciences sociales, et de la géographie en particulier : certains auteurs ont ainsi pu évoquer l'émergence d'une « nouvelle géographie de la santé » (Kearns, 2002), dans laquelle s'inscrit la thèse.

Le besoin de reconsidérer les liens entre la santé publique, les politiques urbaines et l'aménagement urbain en particulier a émergé en Amérique du Nord au début des années 2000 (Corburn, 2004), et s'est ensuite diffusé dans les autres pays développés (Chaix, 2012). La création d'environnements favorables à la santé, qui constitue l'un des principes fondateurs des Villes-Santé, rejoint cette nouvelle préoccupation. Le concept de Ville-Santé n'est donc pas *a priori* novateur si l'on se place dans une perspective temporelle multiséculaire. Le programme Villes-Santé a été lancé en 1986 afin de reconnaître le rôle des acteurs de l'urbain dans la promotion de villes susceptibles de concourir à l'épanouissement et la Santé pour tous. Les objectifs des Villes-Santé ont ensuite été renforcés, ou dépassés et concurrencés, par les objectifs du développement durable. Le programme Villes-Santé de l'OMS est une référence sur laquelle les acteurs ayant compétence à agir sur les espaces de vie des populations peuvent s'appuyer pour intervenir stratégiquement, de manière globale, intersectorielle, partenariale et participative en faveur de la santé des populations.

Le réseau français des Villes-Santé, créé en 1990, compte quatre-vingts membres en 2012, rassemblant près d'un Français sur huit. Le réseau s'est considérablement développé à partir des années 2000, après une décennie modeste. Pionnière en Bretagne, la ville de Rennes (membre fondateur du réseau européen en 1987 et du réseau français trois ans plus tard) a été rejointe par d'autres villes de la région : Lorient et Saint-Brieuc en 1990, Brest en 1996 et Quimper en 2009. Au-delà de l'analyse des modalités d'adhésion de chacune des villes bretonnes concernées au réseau, nous chercherons à évaluer l'élargissement de la prise en compte de la santé dans les priorités locales, en s'intéressant plus particulièrement aux choix en matière de gestion et d'aménagement des espaces.

Du point de vue de l'aménagement et la gouvernance des territoires, la thèse s'inscrit dans la démarche d'analyse *a posteriori* de la construction locale de la santé publique (Fassin, 1998). Du point de vue géographique, l'un des aspects les plus intéressants de Ville-Santé est de voir comment les villes adhérentes cherchent à promouvoir des initiatives dans des lieux et configurations spatiales spécifiques et comment ces lieux et ces initiatives localisées contribuent à la santé et au bien-être (Curtis, 2004).

Les évolutions scientifiques et politiques de la place de la santé dans les villes et des villes dans la santé feront l'objet d'une première partie. L'élargissement de la conception de la santé à l'ensemble des déterminants de santé (conception holiste de la santé) a contribué à

renouveler les approches scientifiques et politiques de la ville. Les sciences sociales ne considèrent plus seulement le milieu urbain comme le support des faits de santé, et s'éloignent ainsi de l'approche épidémiologique. La géographie de la santé s'inscrit dans cette évolution depuis les années 1980, en accordant une place plus importante aux relations entre le bien-être des individus et l'espace, les lieux qu'ils parcourent. Les politiques locales de santé ont également beaucoup évolué au cours du XXème siècle, des premiers bureaux municipaux d'hygiène jusqu'aux contrats locaux de santé et aux études d'impact sur la santé : les évolutions culturelles et scientifiques sont traduites à l'échelle locale, à l'image des Villes-Santé.

La création des Villes-Santé en 1986 s'inscrit en effet dans un contexte particulier. La déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, puis la charte d'Ottawa en 1986 ont contribué à ancrer les actions de prévention et de promotion de la santé dans les politiques publiques. L'Organisation mondiale de la santé, par l'intermédiaire de son bureau européen, a souhaité développer cette approche à l'échelle des municipalités, devançant de quelques années le principe d'action du développement durable, « penser globalement, agir localement ». La seconde partie analysera l'articulation entre ces principes globaux et les actions concrètes menées à l'échelle locale. Après avoir vu pourquoi les Villes-Santé sont inégalement réparties dans le monde, l'analyse des actions des Villes-Santé françaises à partir des résultats d'un questionnaire permettra de voir comment les principes des Villes-Santé s'insèrent dans un cadre législatif qui impose des contraintes importantes aux municipalités. Enfin, l'étude plus fine des cinq Villes-Santé bretonnes (entretiens, rencontres plus informelles avec les acteurs, documents produits par les municipalités) permettra de voir si l'appartenance au réseau des Villes-Santé modifie les politiques locales.

La troisième partie sera consacrée à la place de la santé dans une politique locale spécifique : l'aménagement urbain. Ce dernier a toujours reposé sur des paradigmes : la ville durable, prônée par les organisations internationales et reprises par les Etats et les collectivités, est le paradigme actuel dominant. La santé, qui est présente dans le développement durable, constitue-t-elle un référentiel de l'aménagement urbain dans les Villes-Santé, au même titre que le développement durable ? En quoi la santé et le bien-être des habitants peuvent-ils être des questions d'aménagement ? Enfin, le changement de contexte, marqué par une urgence environnementale (réchauffement climatique, pollution,...) et plus largement par un resserrement du développement durable sur sa seule dimension

environnementale, est-il susceptible de gommer l'intérêt des acteurs locaux pour les problématiques de santé ?

Partie 1. De la santé en ville à la « ville en santé » : évolutions scientifiques et politiques

Chapitre 1. La santé, le bien-être et la ville : évolution des approches

La santé est un terme polysémique. Sa définition peut a priori paraître simple, si l'on se réfère aux principaux dictionnaires de langue française (Larousse, Robert, Académie française), qui s'accordent sur l'essentiel. La santé est le « bon état de l'organisme »¹, « l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien »², le « bon état physiologique d'un être vivant »³. Le Petit Robert renvoie au contraire de la santé : la maladie. René Leriche, chirurgien, avait ainsi défini la santé comme « la vie dans le silence des organes » (Bézy, 2009) : la santé correspondrait à l'absence de maladie. Ces définitions renvoient à la conception biomédicale de la santé, qui a été la seule jusqu'à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1948), qui définit la santé comme « un bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

La définition de la santé ne repose pas seulement sur un état à un moment précis : l'état de santé est le résultat de dynamiques individuelles et environnementales (*i.e.* qui dépassent l'individu). Ces facteurs sont communément dénommés déterminants de la santé. En fonction des déterminants envisagés pour expliquer l'état de santé d'un individu, trois conceptions de la santé se sont distinguées : la conception biomédicale de la santé, centrée sur la maladie (*disease*), la conception holiste, qui interprète la santé comme un bien-être, créant ainsi une nouvelle boîte noire pour les scientifiques, et la conception socio-médicale, centrée sur les conséquences fonctionnelles et sociales des maladies et déficiences (*sickness*), qui a émergé avec les questions relatives au vieillissement et au handicap.

Les sciences sociales, dont la géographie, ont considérablement évolué dans leur approche de la santé, évoluant d'une approche médicale, qui n'a pas disparu, à une approche plus globale. Ce passage de la géographie médicale à la « nouvelle géographie de la santé » date des années 1990, considérées par Robin Kearns et Graham Moon (Kearns, Moon, 2002)

¹ Dictionnaire de l'académie française, 8^{ème} édition

² Dictionnaire Larousse 2011

³ Petit Robert 2011

comme une « décennie de changement ». L'évolution concomitante des enjeux de santé à l'échelle locale (dont le réseau des Villes-Santé est une manifestation) et des disciplines scientifiques a considérablement renouvelé les recherches dont la ville fait l'objet.

1. La santé : éléments préalables de définition

La complexité et la variété des définitions de la santé incitent les chercheurs à exposer la définition sur laquelle ils appuient leurs travaux ou celle qu'ils ont eux-mêmes élaborée. Le concept de Ville-Santé reposant sur une approche holiste et socio-médicale de la santé puisqu'il s'agit d'offrir des environnements sains et favorables à la mobilité et la place de chaque personne dans la ville, nous développerons ici en quoi consistent ces conceptions : quels déterminants de la santé prend-elle en compte ? Quels sont les enjeux de la conception holiste, qui définit la santé comme un bien-être, et de la conception médicale, qui renvoie à la qualité de vie ? L'association de la santé et du bien-être ne tend-elle pas à ajouter de la complexité à la définition de la santé ?

1.1. Les déterminants de la santé

Expliquer l'état de santé d'un individu ou d'une population est un défi complexe tant les facteurs à prendre en considération (les déterminants de la santé) sont nombreux et intriqués. Néanmoins, quatre grands types de facteurs explicatifs sont couramment distingués par les épidémiologues, selon le modèle développé dans le rapport *Nouvelle perspective la santé des Canadiens*⁴, publié en 1974 sous l'égide du Ministre canadien de la santé, Marc Lalonde :

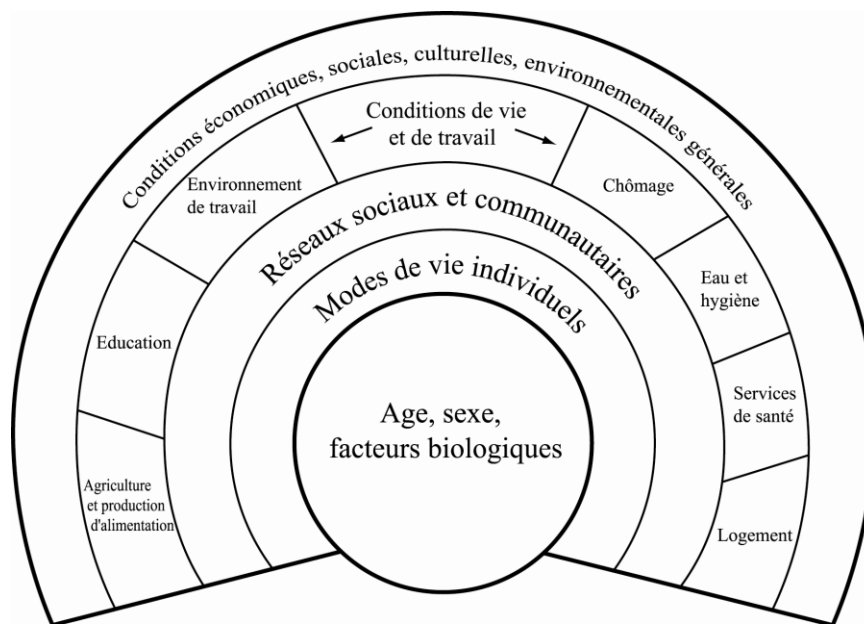
- les facteurs biologiques
- les facteurs comportementaux (mode de vie)
- les facteurs liés au système de santé

⁴ Disponible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-fra.pdf

- les facteurs environnementaux

Whitehead et Dahlgren (Whitehead et Dahlgren, 1990) ont synthétisé l'ensemble des déterminants de la santé dans une figure célèbre en cercles concentriques et encore utilisée par les scientifiques et les acteurs en promotion de la santé, bien qu'il ne soit pas exempt de critiques (cf. *infra*).

Figure 1: Les déterminants de la santé



Source : d'après Whitehead et Dahlgren, 1991

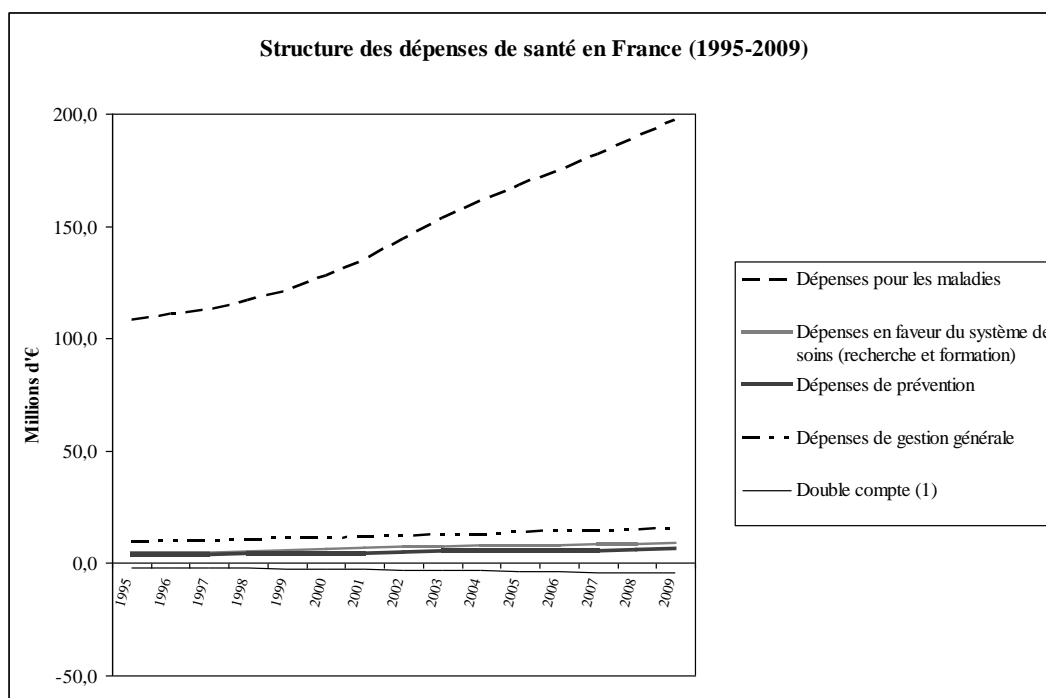
Plusieurs tentatives ont été menées afin de mesurer le rôle de chaque déterminant dans l'état de santé d'un individu. Une des premières recherches dans ce domaine a été menée par Dever (Dever, 1975). A partir de différentes causes de mortalité répertoriées en Géorgie, il a déterminé la part du système de soins, du mode de vie, de l'environnement et de la physiologie dans la mortalité des individus. L'organisation du système de soins n'explique qu'à 11% la mortalité générale, la physiologie 27%, le mode de vie 43% et l'environnement 19%. Ces proportions varient d'un pays à l'autre, en fonction de leur stade d'avancée dans la transition épidémiologique : l'originalité des résultats de l'étude de Dever réside avant tout dans la remise en cause de la prédominance du système de soins et de la physiologie comme facteurs explicatifs de l'état de santé d'une population.

1.1.1. Les déterminants biologiques et le système de soins

L'âge, le sexe et les facteurs biologiques (hérités ou non) constituent le premier type de déterminants de la santé. La physiologie des individus explique une partie de l'état de santé d'un individu et sa part peut varier en fonction de la maladie. La mortalité par la grippe ou la pneumonie s'explique à 39% par la biologie humaine contre 29% pour le cancer et 21% pour les maladies cérébrovasculaires (Dever, idem). De même, les facteurs génétiques représenteraient entre 25 et 40% des déterminants de l'obésité (Bouchard et al., 2003).

Le système de soins est un déterminant de la santé particulier, du fait de la place disproportionnée qui lui est accordée dans les politiques publiques au regard de son importance relative dans l'état de santé d'un individu. Les budgets que consacrent les Etats à la santé sont en grande partie orientés vers le soin. Une analyse rapide de la structure des dépenses de santé en France et son évolution entre 1995 et 2009 permet de voir qu'elle est déterminée par les maladies. Les dépenses pour les maladies (consommations de soins et de biens médicaux, soins aux personnes âgées en établissement, indemnités journalières, subventions au système de soins) représentent environ 88% des dépenses globales de santé (moyenne constante depuis 1995), alors que seulement 11% de la mortalité s'explique par la qualité du système de soins (Dever, idem). A l'inverse, la politique de prévention représente à peine 3% des dépenses globales, bien que les modes de vie expliquent à plus de 40% l'état de santé d'un individu. De plus, les dépenses en matière de prévention ont tendance à diminuer depuis quelques années (en particulier par la diminution des subventions aux associations de prévention : Aides, Act Up,...).

Graphique 1 : Structure des dépenses de santé en France (1995-2009)



(1): Recherche pharmaceutique comprise dans les médicaments.

Source : DREES

1.1.2. Les facteurs comportementaux

Les facteurs comportementaux et les modes de vie constituent le deuxième cercle concentrique du schéma de Whitehead et Dahlgren. Les modes de vie peuvent contribuer à un meilleur état de santé ou au contraire l'aggraver : pratique d'une activité physique, type de nourriture consommée, comportements à risque (consommation de tabac, d'alcool, de drogues,...). Les politiques nationales de prévention s'appuient principalement sur la modification des comportements afin d'améliorer l'état de santé de la population par la responsabilisation de chaque personne. Le programme national nutrition santé (PNNS) met l'accent sur la consommation d'une alimentation plus saine (par exemple, l'incitation à consommer « cinq fruits et légumes par jour »). La lutte contre le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool repose sur le même principe : la responsabilisation des individus.

Ces politiques de prévention et de promotion de la santé ont des limites importantes et ne participent pas à la réduction des inégalités sociales : elles ont même tendance à les

accentuer. Un rapport du Centre d'analyse stratégique⁵ montre que « l'écueil majeur de toutes les campagnes de prévention primaire spécifiques en faveur de la santé est qu'elles atteignent généralement les populations déjà sensibilisées aux bonnes pratiques sanitaires, qui en ont le moins besoin, et manquent la cible des personnes à risque qui peuvent se trouver dans le déni de leurs problèmes de santé. C'est notamment le cas des adolescents, pour qui les drogues incarnent un moyen de socialisation et une image d'émancipation ».

1.1.3. Les facteurs environnementaux

L'environnement physique, social et économique influe sur l'état de santé d'un individu. L'environnement physique est couramment divisé en deux catégories dans les études épidémiologiques : l'environnement naturel et l'environnement bâti. L'environnement naturel peut avoir un effet direct sur la santé des individus. Par exemple, la pollution de l'air ou de l'eau contribue à l'apparition de pathologies. L'environnement bâti, c'est-à-dire construit par l'homme, influe également l'état de santé, à l'échelle du logement (pollution de l'air intérieur,...) et de l'espace public (par exemple, l'insalubrité de l'espace public, un modèle urbain favorisant les mobilités douces sans obstacle pour la marche à pied par exemple ou au contraire la sédentarité). L'environnement social, tel que la sécurité (ou le sentiment de sécurité), les rapports sociaux avec le voisinage, peut être un facteur de stress qui influe sur l'état de santé physique et mentale d'un individu.

Les facteurs sociaux et économiques constituent un type de déterminants qui prend une part de plus en plus importante dans la recherche en santé publique et en sciences sociales. Il est désormais admis que la situation sociale et économique d'un individu influe sur son état de santé. L'espérance de vie à 35 ans d'un cadre est plus longue que celle d'un ouvrier, soit 6,3 années d'écart entre les hommes, 3 années pour les femmes : « les écarts d'espérance de vie illustrent bien les inégalités sociales face à la mort » (Blanpain, 2011). Les inégalités sociales et économiques ne s'expriment pas seulement devant la mort, mais également devant les maladies. Une enquête menée en 2009 (enquête Obépi-Roche⁶) a montré que le taux de personnes obèses en France est passé de 8,2% à 12,4% entre 1997 et 2006, mais que cette augmentation a été plus forte pour les personnes aux faibles revenus, déjà plus

⁵ Delamaire C. (2007), « Facteurs socioéconomiques et perception des campagnes de communication du PNNS », journée du Pôle Alimentation parisien, séance 4, paris, INRA, 27 juin.

⁶ Résultats disponibles à l'adresse : <http://inegalites.fr/spip.php?article1155>

touchées par l'obésité. Les déterminants économiques et sociaux peuvent agir indépendamment sur l'état de santé des individus, mais leur action simultanée peut également renforcer la faiblesse de l'état de santé (Ahnquist et al., 2012).

Les différences entre les modèles théoriques de la santé sont fondées sur le degré d'importance accordé aux déterminants de la santé. Trois modèles principaux peuvent être dégagés : le modèle biomédical, qui s'appuie principalement sur les déterminants biologiques, et le modèle holistique, qui prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé (ce modèle comportant des nuances en fonction de l'importance accordée à chaque type de déterminant). Un troisième modèle (modèle sociomédical) considère la santé comme « la bonne adaptation à l'environnement social et le fait d'y fonctionner au mieux [...]. La mauvaise santé s'exprime par la perte des rôles sociaux (*sickness*) et par les conséquences fonctionnelles et sociales des maladies et des déficiences. » (Henrad, Ankri, 2003, p. 45). Ce modèle repose avant tout sur le concept d'incapacités (handicaps, désavantages sociaux) et met l'accent sur l'état fonctionnel de l'individu en lien avec son environnement plutôt que sur la pathologie ou le bien-être. Le mouvement des Villes-Santé s'inscrit dans les deux derniers modèles, son objectif principal étant d'offrir à tous les opportunités (éducation, travail,...) d'un bien-être physique, mental et social.

1.2. La santé : maladie ou bien-être ? Entre modèle biomédical et holiste

L'analyse de l'état de santé d'un individu ou d'une population peut s'effectuer selon trois grands modèles, en fonction des déterminants de la santé envisagés. Trois conceptions de la santé coexistent. Selon le modèle biomédical, centré sur la maladie, l'état de santé peut être expliqué par les déterminants biologiques et par la qualité du système de soins, ce dernier corrigeant les problèmes engendrés par les premiers. Le deuxième modèle considère quant à lui l'ensemble des déterminants de la santé : la santé n'est pas synonyme de maladie mais de bien-être, et n'est plus uniquement du ressort du monde médical. Le troisième modèle renvoie à l'adaptation d'un individu à son environnement social. Les Villes-Santé s'appuient sur les deux derniers modèles.

1.2.1. Le modèle biomédical : santé et maladie

L'approche biomédicale de la santé repose sur une conception strictement biologique de l'état de santé d'un individu. Ses prédispositions génétiques, sa physiologie sont les éléments explicatifs du déclenchement d'une maladie. Le traitement de la maladie relève strictement du domaine médical : seuls les praticiens médicaux et soignants (médecins, infirmiers,...) sont habilités à guérir les individus de leur maladie. Cette conception de la santé a fait l'objet de critiques et n'est plus utilisée *stricto sensu*. Ce modèle a été remis en cause dès Hippocrate, dans son *Traité des airs, des eaux, des lieux*, qui considère les facteurs explicatifs de l'état de santé de la population d'une ville (cf. encadré 1). Selon lui, tout médecin qui arrive dans une ville inconnue doit évaluer la qualité de l'environnement (saisons, vents, eaux) ainsi que les comportements individuels afin de déterminer quelles maladies sont susceptibles de se déclencher.

Encadré 1 : Les facteurs explicatifs de l'état de santé d'un individu selon Hippocrate

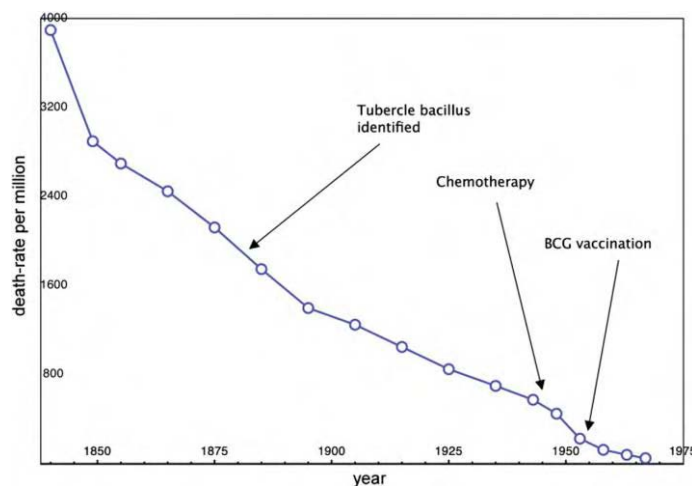
Celui qui veut s'appliquer convenablement à la médecine doit faire ce qui suit : considérer, premièrement, par rapport aux saisons de l'année les effets que chacune d'elles peut produire, car elles ne se ressemblent pas, mais elles diffèrent les unes des autres, et [chacune en particulier diffère beaucoup d'elle-même] dans ses vicissitudes ; en second lieu, les vents chauds et les vents froids, surtout ceux qui sont communs à tous les pays ; ensuite ceux qui sont propres à chaque contrée. Il doit également considérer les qualités des eaux, car, autant elles diffèrent par leur saveur et par leur poids, autant elles diffèrent par leurs propriétés. Ainsi, lorsqu'un médecin arrive dans une ville dont il n'a pas encore l'expérience, il doit examiner sa position et ses rapports avec les vents et avec le lever du soleil ; car celle qui est exposée au nord, celle qui l'est au midi, celle qui l'est au levant, celle qui l'est au couchant, n'exercent pas la même influence. [...] Enfin il connaîtra le genre de vie auquel les habitants se plaisent davantage, et saura s'ils sont amis du vin, grands mangeurs et paresseux, ou s'ils sont amis de la fatigue et des exercices gymnastiques, mangeant beaucoup et buvant peu.

Source : Extrait du *Traité des airs, des eaux et des lieux* d'Hippocrate (460-377 avant J.-C.)

Au cours du XIX^{ème}, les progrès scientifiques et techniques de la médecine ont été considérables : l'amélioration des connaissances sur le corps humain et sur les maladies (découverte du bacille de la tuberculose,...) a conduit à une amélioration des traitements

préventifs (découverte du vaccin par Pasteur) et curatifs. Leur rôle dans les progrès sanitaires a toutefois pu être relativisé, les progrès sociaux et l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène (salubrité des logements, de l'espace public) ayant pu multiplier leurs effets intrinsèques. Dans son ouvrage célèbre *The modern rise of population* (1976), MacKeown démontre l'importance relative des progrès médicaux dans l'amélioration de l'état de santé d'une population. A partir du cas de la tuberculose en Angleterre et au Pays de Galles, il montre que la baisse de la mortalité n'est pas due aux progrès de la médecine (cf. figure 2). Le taux de mortalité lié à la tuberculose a commencé à décroître avant la découverte du bacille de la tuberculose. Les découvertes du bacille, puis du vaccin, n'ont pas contribué à accélérer la réduction de la tuberculose. MacKeown explique cette diminution avant tout par une amélioration des conditions économiques générales, et en particulier l'amélioration de l'alimentation, malgré la croissance démographique. La baisse de la mortalité ne s'explique donc pas par les progrès de la médecine, selon MacKeown, mais par les progrès des sociétés.

Figure 2 : Taux de mortalité par tuberculose en Angleterre et pays de Galles



Source : Selgelid, 2008, d'après McKeown, 1976

A partir des années 1970 se développe une nouvelle conception de la santé, qui prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé. Le rapport Lalonde, puis la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire (1978) marquent les débuts de la conception holiste de la santé, bien que cette dernière ait été inscrite dès 1948 dans la Constitution de l'OMS.

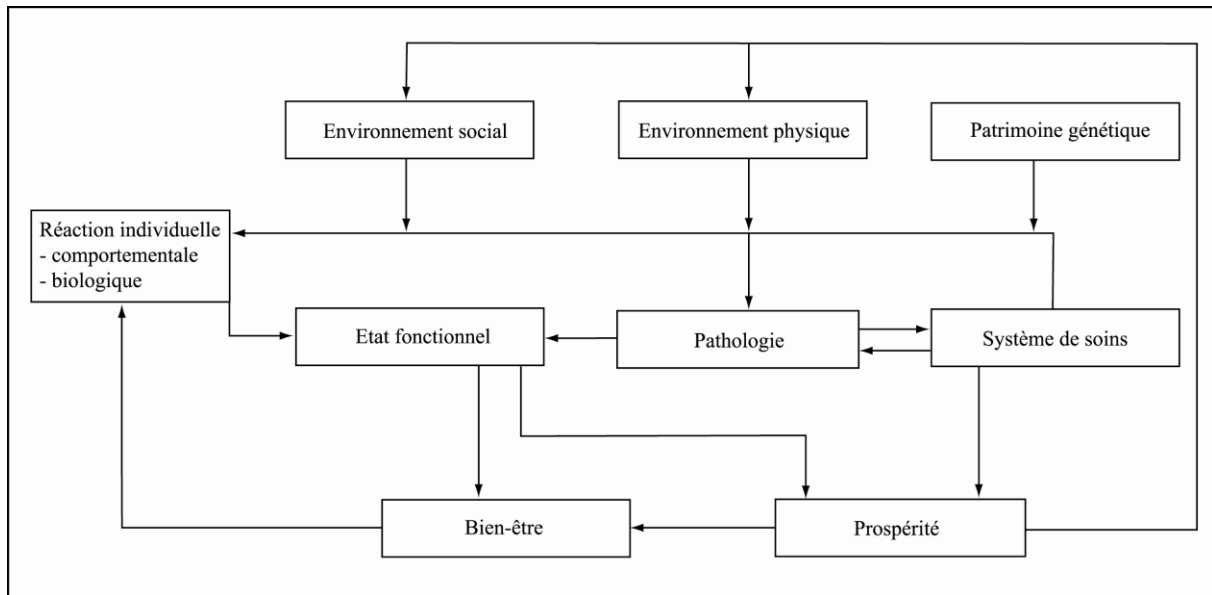
1.2.2. La conception holiste de la santé : santé et bien-être

Les raisons de la construction d'une nouvelle conception de la santé dans les années 1970 sont nombreuses. Le développement des médecines complémentaires et surtout la place croissante de la santé dans la vie quotidienne (régimes alimentaires, sport,...) sont les signes d'une plus grande conscience populaire des enjeux sanitaires : il ne s'agit plus seulement de ne pas être malade mais d'être en bonne santé.

Même si le modèle des déterminants de la santé Whitehead et Dahlgren est couramment utilisé par les chercheurs et les acteurs en santé publique, il comporte cependant plusieurs limites. L'absence de hiérarchie entre les déterminants élimine la part de chaque déterminant dans l'état de santé d'un individu. De plus, il ne comporte aucune interaction entre les déterminants : l'approche dynamique des déterminants de la santé est absente. Il est difficile de séparer les comportements de l'environnement. Par exemple, l'exposition à différents risques dans un logement insalubre (humidité,...) peut être liée à des conditions économiques et sociales défavorables (précarité).

Le modèle des déterminants de la santé développé dans une perspective systémique par Evans et Stoddart (Evans, Stoddart, 1990) pallie la principale limite du modèle de Whitehead et Dahlgren, qui ne tient pas compte des interactions entre les déterminants (cf. figure 3). La prospérité d'une société agit sur le bien-être des individus ainsi que sur l'environnement. Les environnements physique et social peuvent conduire à une inadaptation physique ou sociale (*sickness*), en particulier chez les personnes en situation de handicap temporaire (arrêt de travail) ou définitif. L'environnement, en association avec le patrimoine génétique et le système de soins, explique la réaction de l'individu ainsi que la pathologie (*disease*) : réaction comportementale mais également biologique. Cette réaction ainsi que la pathologie modifient à leur tour l'état fonctionnel de l'individu (*illness*). Le bien-être de l'individu est lié à cet état fonctionnel et peut lui-même influencer sur la réaction de l'individu. La conception de la santé n'est donc pas limitée aux interactions entre le patrimoine génétique, le système de soins et la pathologie, comme c'est le cas dans le système biomédical. Evans et Stoddart soulèvent le paradoxe d'une politique trop centrée sur le soin : « une société qui dépense tant d'argent dans le domaine du soin qu'elle ne peut pas en dépenser de manière adéquate dans les autres activités susceptibles d'améliorer la santé peut en fait réduire la santé de sa population » (Evans et Stoddart, idem).

Figure 3 : Boucle de rétroaction pour le bien-être humain et les coûts économiques



Source : Evans et Stoddart, 1991

Si les conceptions biomédicale et holiste de la santé se sont attachées à définir la santé, le bien-être, défendu par la seconde, n'est pas plus aisé à définir. Influencé par des éléments individuels (état fonctionnel) ou plus collectifs (la prospérité) et agissant sur les réactions individuelles, le bien-être n'en reste pas moins en suspens : la définition du bien-être par les facteurs qui y contribuent n'est pas satisfaisante. Le bien-être équivaut-t-il à la qualité de vie ? En renvoyant la définition de la santé à celle du bien-être, la complexité s'est accentuée : existe-t-il une définition précise du bien-être ?

1.3. Le bien-être : une notion insaisissable ?

L'OMS définit la santé comme un « état de bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » dans le préambule de sa constitution, rédigée en 1946 et adoptée en 1948. Le concept de bien-être est alors relativement novateur. Il ne s'agit pas ici de revenir sur les trois grands modèles d'appréhension du bien-être qui se dégagent des recherches menées entre 1950 et 2005 (Fleuret, Atkinson, 2007) : la théorie des besoins (les besoins individuels étant considérés comme des pré-requis pour le bien-être), la théorie des standards relatifs (le bien-être étant relatif et individuel) et la théorie des capacités, développée par Amartya Sen. Etant donné que le bien-être constitue la notion

centrale de la philosophie du réseau des Villes-Santé, on peut se demander s'il n'existe pas déjà sous d'autres formes, à l'image du concept de qualité de vie. Les réflexions récentes sur la mesure du bien-être témoignent de la volonté de mieux définir le bien-être, en vue d'améliorer sa prise en compte dans le champ de l'action publique.

1.3.1. Bien-être et qualité de vie : une question de vocabulaire ?

Le bien-être et la qualité de vie peuvent être synonymes (en particulier dans les études médicales sur le bien-être ou la qualité de vie des patients), contraires ou complémentaires. Deux paires d'éléments servent couramment à les distinguer ou à les articuler : objectivité-subjectivité et individu-société. Ces distinctions ont des conséquences sur les méthodes de recherche : les éléments subjectifs et individuels nécessitant une enquête plus qualitative que les éléments objectifs (mesurables) et collectifs.

Langlois et Anderson (2002) montrent l'évolution des deux termes, selon eux devenus interchangeables. Ils proposent de mieux les distinguer. Selon Smith (Smith, 1973), le bien-être renvoie à des conditions de vie objectives alors que la qualité de vie doit être réservée à l'évaluation par les individus de leurs vies. Moins de dix ans plus tard, Antoine Bailly (Bailly, 1981) distingue bien-être et qualité de vie, mais à l'inverse de Smith, considère que le bien-être relève d'une dimension individuelle et subjective alors que la qualité de vie repose sur des critères objectifs : il s'agit d'opérer un « choix entre l'optique générale de l'évaluation de la qualité de vie et celle plus personnelle du bien-être » (*idem*, p. 199).

Langlois et Anderson développent leur propre définition du bien-être et de la qualité de vie, permettant à la fois de dépasser l'opposition objectivité-subjectivité et l'opposition individu-société, vécu et mesuré. Qualité de vie et bien-être se situent tous deux à l'interface entre l'environnement et l'individu. La qualité de vie est « le résultat de la convergence entre les ressources offertes par l'environnement et les besoins exprimés par les individus » (*idem*). La qualité de vie est incluse dans la sphère objective (ou externe) étant donné la nature de l'information utilisée pour évaluer cette convergence. Le bien-être, situé à l'interface de l'individu et de son environnement, est issu des sphères objectives et subjectives. Il provient de la satisfaction éprouvée par l'individu en cas d'adéquation de la qualité de vie avec ses aspirations personnelles et son expérience de l'environnement. Ainsi, la qualité de vie renvoie plutôt au modèle socio-médical de la santé alors que le bien-être est issu du modèle holiste.

Plus qu'une question de vocabulaire, la distinction entre bien-être et qualité de vie s'appuie bien sur des conceptions différentes (mais complémentaires) de la santé.

Le bien-être apparaît comme un concept très large et difficile à appréhender : si la définition de l'OMS est couramment admise, il n'existe pas de définition plus précise du bien-être. Une des solutions permettant d'appréhender le bien-être est de le mesurer. En effet, définir le bien-être revient à le mesurer et à définir ses composantes. Cependant, la mesure du bien-être est également soumise à des débats : le choix des indicateurs qui permettraient de définir le bien-être est quasiment infini et contribue à la complexité de celui-ci.

1.3.2. Mesurer le bien-être pour mieux l'appréhender ?

Au-delà du médiatique « bonheur national brut » développé par le Bhoutan en 1972 (fondé sur quatre critères : croissance économique, promotion de la culture, sauvegarde de l'environnement et gouvernance responsable) ou, de façon plus anecdotique, de l'« indice de bonheur » de la Corée du Nord⁷, une réflexion sur la mesure du bien-être relativement récente a été entamée. La mesure du bien-être est devenue un sujet d'actualité mondial, les indicateurs utilisés (PIB, IDH,...) ayant montré leurs limites.

Plusieurs indicateurs courants sont utilisés pour évaluer le bien-être d'une population. Le Produit intérieur brut permet par exemple de comparer les niveaux de vie entre les pays. Outre le fait qu'il soit fondé sur la production économique, il ne prend pas en compte l'échelle de l'individu. L'indice de développement humain (IDH), établi par le PNUD, prend en compte le PIB, mais également l'espérance de vie à la naissance et l'éducation (taux d'alphabétisation et taux de scolarisation)⁸. Bien qu'il soit élargi à certains indicateurs sociaux, l'IDH ne constitue pas pour autant un indicateur de bien-être : la dimension individuelle et subjective reste absente.

⁷ La Chine obtient un score de 100/100, devant la Corée du Nord (98/100), les Etats-Unis étant classés derniers (3/100). Source : <http://thedailyedge.thejournal.ie/china-tops-list-of-worlds-happiest-countries-as-compiled-by-north-korea-146653-May2011/>

⁸ Le rapport annuel sur le développement humain du PNUD détaille la méthode du calcul de l'IDH. Voir le rapport 2011 à l'adresse : http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Complete.pdf (p. 169)

Le rapport rédigé par Stiglitz, Fitoussi et Sen⁹ sur l'élaboration de nouveaux indicateurs de bien-être soulève les limites de ces indicateurs : « il se peut que les statistiques habituellement utilisées ne rendent pas compte de certains phénomènes qui ont une incidence de plus en plus grande sur le bien-être des citoyens. Si, par exemple, les embarras de la circulation peuvent faire croître le PIB du fait de l'augmentation de la consommation d'essence, il est évident qu'ils n'ont pas le même effet sur la qualité de la vie » (p. 8) ; « il est temps que notre système statistique *mette davantage l'accent sur la mesure du bien-être de la population que sur celle de la production économique*, et qu'il convient de surcroît que ces mesures du bien-être soient resituées dans un contexte de soutenabilité » (p. 13).

La question de la recherche de nouveaux indicateurs du bien-être existe à l'échelle internationale. En juillet 2011, l'Assemblée générale de l'ONU a souhaité établir un recensement de toutes les recherches menées par ses Etats membres dans la recherche d'indicateurs du bonheur (cf. encadré 2). Ainsi, les limites des indicateurs utilisés ont été soulevées et conduisent à la recherche de nouveaux indicateurs. A ce titre, l'OCDE par exemple a publié un rapport sur les indicateurs alternatifs (non monétaires) du bien-être¹⁰. La recherche d'autres indicateurs existe également à de plus grandes échelles. La démarche ISBET¹¹ (Indicateurs sociétaux de bien-être territorialisés), portée par la Région Bretagne et l'ONG Pekea a pour objectifs de construire un IDH territorialisé aux échelles régionale et infra-régionale et d'élaborer des indicateurs locaux de bien-être à partir d'une démarche participative.

Encadré 2 : L'ONU à la recherche d'indicateurs du bonheur

Le bonheur : vers une approche globale du développement

L'Assemblée générale,

Gardant à l'esprit les buts et principes de l'Organisation des Nations Unies, tels qu'ils sont énoncés dans la charte des Nations Unies, notamment la promotion du progrès économique et du progrès social de tous les peuples,

Sachant que la recherche du bonheur est un objectif fondamental de l'homme,

Reconnaissant que le bonheur, en tant qu'objectif et aspiration universels, incarne l'esprit des objectifs du Millénaire pour le développement,

⁹Stiglitz J., Fitoussi J.-P., Sen A., *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*, 2009, 324p.

Disponible à l'adresse : http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_francais.pdf

¹⁰ BOARINI R., JOHANSONN A., MIRA D'ERCOLE M., (2006), « Les indicateurs alternatifs du bien-être », *Cahiers statistiques de l'OCDE*, n°11. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd.org/dataoecd/17/17/37883038.pdf>

¹¹ <http://www.pekea-fr.org/isbet.html>

Considérant que, de par sa nature même, le produit intérieur brut n'est pas un indicateur conçu pour mesurer le bonheur et le bien-être de la population d'un pays et n'en donne pas une image exacte,

Consciente que des modes de production et de consommation non viables peuvent freiner le développement durable, et reconnaissant la nécessité d'adopter une approche de la croissance économique plus large, plus équitable et plus équilibrée, qui encourage le développement durable, contribue à l'élimination de la pauvreté et favorise le bonheur et le bien-être de tous les peuples,

Constatant qu'il est nécessaire d'encourager le développement durable et d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement,

1. *Invite* les États Membres à élaborer de nouvelles mesures qui tiennent mieux compte de l'importance de la recherche du bonheur et du bien-être afin d'orienter leurs politiques de développement;

2. *Invite* les États Membres qui ont élaboré de nouveaux indicateurs ou adopté d'autres initiatives à en faire part au Secrétaire général afin de contribuer aux activités de l'Organisation des Nations Unies dans le domaine du développement, y compris à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement;

3. *Se félicite* de l'offre du Bhoutan d'organiser une table-ronde consacrée au bonheur et au bien-être à l'occasion de sa soixante-sixième session;

4. *Invite* le Secrétaire général à solliciter les vues des États Membres et des organisations régionales et internationales concernées au sujet de la recherche du bonheur et du bien-être, et à lui en faire part à sa soixante-septième session pour examen.

Source : ONU (Point 13 de l'ordre du jour de la 65^{ème} session¹², 13 juillet 2011)

Les critères utilisés afin de définir l'état de bien-être d'un individu ou d'une population sont nombreux et conduisent à de nombreux indicateurs. La Commission Stiglitz-Fitoussi-Sen (qui ne différencie pas bien-être et qualité de vie) constitue la synthèse la plus récente en matière de mesure du bien-être. Elle a répertorié les types d'indicateurs utilisés dans les travaux de recherche à travers le monde afin d'évaluer le bien-être. Huit éléments sont communs à la plupart de ces travaux¹³ :

- les conditions de vie matérielles (revenu, consommation et richesse)
- la santé
- l'éducation
- les activités personnelles, dont le travail
- la participation à la vie politique et la gouvernance
- les liens et rapports sociaux
- l'environnement (état présent et à venir)

¹² Disponible à l'adresse : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/65/L.86&referer=/english/&Lang=F

¹³ Stiglitz J., Fitoussi J.-P., Sen A, *idem*, p. 16.

- l'insécurité, tant économique que physique

Une des limites de ces indicateurs est l'absence de prise en compte du vécu et du ressenti : « malgré d'importants progrès réalisés dans la mesure du bien-être subjectif grâce aux initiatives de chercheurs isolés et aux entreprises qui réalisent les enquêtes, les informations restent limitées quant aux conclusions statistiques qu'elles permettent de tirer » (p.68)¹⁴. La recherche de critères plus subjectifs implique la mise en place de méthodes plus qualitatives, centrées sur les individus. Cette approche plus subjective est l'une des trois approches proposées par la Commission Stiglitz-Fitoussi-Sen. La seconde approche, fondée sur les capacités, définit comme la « combinaison de divers fonctionnements, et de la liberté de cette personne de faire un choix parmi ces fonctionnements ». Enfin, il existe également l'approche par les allocations équitables, c'est-à-dire en « pondéra[nt] des différents aspects non monétaires de la qualité de la vie (outre les biens et les services qui sont échangés sur les marchés) qui respecte les préférences des personnes ».

L'élargissement de la conception de la santé, de la maladie vers le bien-être, est concomitant d'une préoccupation croissante des sciences sociales pour les questions de santé. D'une part, les sciences de la santé (épidémiologie,...) ont progressé vers une dimension plus sociale de la santé, et d'autre part les sciences sociales se sont approprié un domaine réservé aux médecins. L'interdisciplinarité des recherches sur la santé est développée, chaque science sociale (sociologie, géographie,...) pouvant difficilement éluder les apports des autres sciences.

2. Les sciences sociales et la santé : vers le bien-être et l'interdisciplinarité

Les sciences sociales se sont progressivement appropriées les évolutions des définitions de la santé depuis les années 1980 et ont même contribué à ces évolutions. Les maladies ont constitué leur premier objet de recherche (et pour certains chercheurs constituent

¹⁴ idem, p. 68

encore leur objet de recherche), puis le système de soins, à partir des politiques nationales volontaristes en matière d'aménagement du territoire et de santé (années 1970-1980). Une troisième étape, qui succède aux deux précédentes sans les faire disparaître, a débuté au cours des années 1980, inscrivant les sciences sociales dans l'approche holiste de la santé. La géographie a suivi cette évolution : la géographie médicale s'est élargie, adoptant peu à peu la terminologie de géographie de la santé. La géographie médicale, proche de l'épidémiologie, côtoie désormais la géographie des soins, et plus récemment la géographie de la santé.

2.1. La bifurcation des sciences sociales de la maladie vers le bien-être

La santé n'est pas un objet de recherche propre à une discipline. L'évolution des conceptions de la santé s'explique à la fois par l'évolution du contexte socio-démographique des pays développés (transition démographique, nouvel intérêt pour la santé) et la transformation des sciences sociales et de la santé publique depuis les années 1980.

2.1.1. Le rôle du contexte social et démographique dans l'évolution des sciences sociales

Les recherches évoluent en fonction des contextes. Or, les enjeux de santé publique ont radicalement transformé le rapport à la santé et à la maladie au XX^{ème} siècle. La transition épidémiologique, développée par Abdel Omran dans les années 1970, est un outil conceptuel permettant de comprendre l'évolution des priorités en matière de santé publique.

Trois grands stades peuvent être distingués selon Omran (Meslé, Vallin, 2007), au regard de la transition épidémiologique. L'âge « de la peste et de la famine » (jusqu'en 1875), puis le « recul des pandémies » (1875-1930), aboutissant à l'âge « des maladies de dégénérescence et des maladies de société » (depuis 1930). Dans le sillage de MacKeown (1979), il est couramment admis que l'amélioration globale de l'espérance de vie est davantage due à l'amélioration des conditions de vie qu'aux progrès médicaux. Le concept de transition épidémiologique n'a pas été remis en cause dans son ensemble mais a cependant fait l'objet de critiques. Les variations entre le modèle et les contextes nationaux, ainsi qu'entre les pays, sont relativement importantes. Meslé et Vallin préfèrent le terme de « transition sanitaire » à celui de transition épidémiologique : « La dernière décennie du

XXème siècle semble en effet avoir ouvert une nouvelle phase de divergence entre les pays les plus avancés de la planète. [...] [La France et le Japon] semblent avoir franchi une nouvelle étape dans le domaine de la lutte contre la sénescence, laissant les autres en arrière. Il est ainsi possible de décrire trois phases de la transition sanitaire, correspondant respectivement à la victoire sur les maladies infectieuses (en fait la transition épidémiologique d'Omran), à la révolution cardio-vasculaire et tout récemment à la lutte contre le vieillissement » (Meslé, Vallin, 2007).

L'évolution de l'état de santé global de la population a conduit à un nouveau rapport social à la maladie, évoqué par Rauch pour qui la référence à la maladie est « éclipsée » par l'accent mis sur la santé, à tel point que « les citoyens ont le devoir d'être bien portants. Le devoir de santé tend donc à supplanter de droit à la maladie » (Rauch, 1995, p.91). La promotion d'une alimentation plus saine, voire des régimes, d'une activité physique régulière, la lutte contre le tabagisme et les drogues constituent peu à peu une norme à laquelle chaque individu doit se conformer, renvoyant l'état de santé aux responsabilités de l'individu, accentuées par les messages culpabilisateurs des campagnes de prévention, qui font abstraction des conditions économiques, sociales, culturelles.

2.1.2. Un intérêt récent pour les questions de santé

Les sciences sociales et les sciences de la santé se sont considérablement rapprochées depuis les années 1980. S'il est encore difficile de qualifier ce rapprochement de convergence, la transdisciplinarité s'est beaucoup développée depuis les années 1980 : d'une part, les sciences de la santé (en particulier l'épidémiologie) se sont ouvertes aux dimensions sociales de la santé, d'autre part, les sciences sociales se sont approprié les questions de santé, au-delà des aspects biomédicaux.

L'évolution de la santé publique est révélatrice du changement de conception de la santé par les scientifiques. Alors que la santé publique classique s'intéresse principalement aux conséquences sanitaires d'un environnement malsain (eau, air, nourriture,...), la « nouvelle » santé publique, dans les années 1980, a « émergé comme un concept qui rassemble un nouvel ensemble de conditions, associées à une longévité croissante, au vieillissement de la population, avec l'augmentation des maladies chroniques, les inégalités de santé [...] avec les dommages environnementaux locaux et globaux » (Tulchinsky et

Varavikova, 2009, p. 70). Ainsi, les études de santé publique se sont élargies aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé, s'éloignant du modèle biomédical originel.

L'épidémiologie s'est également élargie dans une certaine mesure aux dimensions sociales de la santé : l'épidémiologie sociale est ainsi la « branche de l'épidémiologie qui étudie la distribution sociale et les déterminants sociaux de la santé » (Berkman, Kawachi, 2000, p. 6). Cette sous-discipline s'est beaucoup développée au cours des années 2000. La création en 2005 par l'OMS d'une commission sur les déterminants sociaux de la santé¹⁵, dirigée par Michael Marmot (professeur d'épidémiologie), est l'illustration de l'intérêt croissant pour l'épidémiologie sociale. Les travaux d'épidémiologie sociale développés par Richard Wilkinson (Wilkinson, 2009) ont démontré que les pays où les inégalités économiques étaient les plus élevées étaient généralement ceux qui concentraient le plus de problèmes de santé (proportion plus importante de personnes obèses, taux de mortalité infantile,...), indépendamment du niveau de vie global de la population. Ainsi, l'un des principaux apports de l'épidémiologie sociale est d'avoir démontré que l'état de santé d'un individu ne devait pas être évalué seulement à partir de son point de vue mais également selon son état de santé relatif, en fonction des inégalités de santé de la population considérée.

La sociologie a connu une évolution identique à la santé publique et à l'épidémiologie. La sociologie s'est intéressée à la médecine au milieu des années 1970 (Carricaburu, 2004), mais ce n'est que dans les années 1990 que s'opère le glissement de la sociologie médicale vers la sociologie de la santé. Les premières recherches en sociologie médicale se sont intéressées à l'hôpital en tant qu'institution (dans la lignée des études de sociologie des organisations), aux interactions entre le médecin et son patient ou aux rapports entre l'individu et sa maladie. Progressivement, les recherches en sociologie se sont élargies à la santé : « les sociologies de la médecine et de la maladie se sont progressivement transformées au profit d'une sociologie plus générique de cet objet « santé » que les sociologues voient dorénavant comme une construction culturelle et sociale et comme un espace politiquement structuré » (*idem*).

¹⁵ *Closing the gap in a generation*, 2008. Rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

L'évolution des recherches menées par les sciences de la santé et de la société depuis les années 1980, dans laquelle s'inscrit la géographie (cf. *infra*), explique le nouveau regard qu'elles ont porté sur la ville, ainsi que le développement de l'interdisciplinarité sur les enjeux locaux de santé.

2.1.3. La ville et la santé dans les sciences sociales : une approche interdisciplinaire par nécessité ?

Dans les sciences sociales, les recherches sur la ville et la santé n'allaient pas de soi au début des années 1990, comme le rappelle Didier Fassin : « il semble [...] que l'étude de la santé publique locale ait pâti de la faible légitimité scientifique de la santé, d'une part, et du local, d'autre part, dans le champ de l'étude des politiques publiques, et jusqu'à un certain point, dans le domaine des sciences sociales. A l'interface des deux objets discrédités, elle présentait un lourd cumul de handicaps. » (Fassin, 1998, p.19). Les recherches sur la santé dans la ville se sont élargies sous l'impulsion d'un double mouvement. D'une part, l'élargissement de la définition de la santé a suscité l'intérêt de disciplines jusqu'alors éloignées des problématiques de santé publique (voir le cas de la sociologie jusqu'aux années 1980)¹⁶. D'autre part, l'intérêt pour l'échelle locale par les scientifiques a été renforcé par la politique de décentralisation et par l'implication des municipalités pour les questions de santé publique, notamment dans le cadre de la politique de la ville. Par exemple, l'ouvrage coordonné par Jean-Claude Guyot et Bruno Hérault en 2001 (Guyot, Hérault, 2001) revient ainsi sur les politiques de santé menées par les municipalités depuis la décentralisation.

Cette évolution scientifique se traduit en France par un programme de recherche s'intéressant à la ville et à la santé, lancé en 1992 par le CNRS (Lussault, in Paquot, Lussault et Body-Gendrot, 2000). Ce programme, intitulé « la production locale de la santé publique », soutenu par le Programme interdisciplinaire de recherches Villes du CNRS et la Délégation interministérielle à la ville, a notamment conduit à la publication de l'ouvrage *Les figures urbaines de la santé publique* (Fassin, 1998). Ce programme de recherche était d'emblée interdisciplinaire : anthropologues, sociologues, politologues et géographes.

¹⁶ Par exemple, la revue *Esprit* consacre un numéro à la santé en février 1997.

Les années 2000 voient le développement des réflexions sur la ville et la santé dans les sciences sociales. Les recherches sur la ville se décentrent de la question sociale pour s'approcher des enjeux environnementaux, liées au développement durable, devenu un référentiel d'action politique (Tascon-Mennetrier, 2007). Le CNRS soutient depuis 2007 un programme interdisciplinaire de recherche sur la ville et l'environnement (PIRVE), en collaboration avec le ministère de l'écologie : la trajectoire du programme interdisciplinaire du CNRS depuis près de vingt ans, et le changement de collaboration, de la DIV au ministère de l'écologie, symbolise la bifurcation des problématiques de santé des facteurs sociaux vers les acteurs environnementaux.

La géographie s'inscrit dans cette démarche interdisciplinaire des recherches sur la ville, qui est un objet d'étude classique de la discipline. L'évolution de la géographie est emblématique de l'évolution des sciences sociales vis-à-vis des questions de santé, en s'intéressant d'abord aux aspects médicaux de la santé avant d'élargir ses préoccupations au bien-être des individus et des populations.

2.2. L'inscription de la géographie de la santé dans les évolutions scientifiques

La géographie est l'une des premières sciences sociales à s'être intéressée aux questions de santé : le paradigme de l'étude des relations entre l'homme et son milieu se prêtait particulièrement bien aux études sur la santé. L'évolution de son paradigme, qui s'inscrit dans l'évolution des sciences sociales, a renouvelé les recherches en géographie de la santé au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

2.2.1. Géographie médicale, géographie des soins, géographie de la santé. Une évolution des objets de la géographie de la santé

La géographie de la santé a considérablement évolué depuis le complexe pathogène de Max Sorre (Sorre, 1933). Les évolutions épistémologiques de la géographie de la santé correspondent aux évolutions de la géographie, et plus largement des sciences sociales et du rapport à la santé tout au long du XX^{ème} siècle et du début du XXI^{ème}. L'approche biomédicale et le paradigme vidalien des relations entre l'homme et son milieu sont

relativement proches, ce qui explique le développement de la géographie des maladies à partir des années 1930. La géographie des soins s'inscrit quant à elle dans le contexte de la prévention des maladies et du développement du système hospitalier à partir des années 1960, dans le cadre d'une géographie marquée par l'aménagement du territoire (Labasse, 1980) et les débuts d'une approche quantitativiste. Le développement d'une géographie radicale, sociale, culturelle dans les années 1980 (qui ont vu naître la promotion de la santé) renouvelle les approches en géographie médicale, rebaptisée géographie « de la santé ». Les trajectoires des géographies de la santé française et anglo-saxonne sont différentes : alors que la géographie médicale s'est inspirée des recherches françaises puis a été développée dans le monde anglo-saxon, la géographie de la santé a parcouru le chemin inverse, depuis les pays anglo-saxons à la France.

2.2.1.1. Une géographie des maladies : géographie médicale et géographie du soin

L'histoire de la géographie de la santé s'inscrit dans celle de la géographie. Maximilien Sorre est l'un des premiers géographes à s'intéresser à la santé, bien que le terme de « géographie médicale » apparaisse dans les écrits de Leonhard Finke en 1792 (Barrett, 2002). Le concept de « complexe pathogène » apparaît dans un article des *Annales de Géographie* de 1933 (Sorre, 1933), que Sorre développe dix ans plus tard en le définissant ainsi : « l'interdépendance des organismes mis en jeu dans la production d'une même maladie infectieuse permet de dégager une unité biologique d'un ordre supérieur : le complexe pathogène. Il comprend, avec l'homme et l'agent causal de la maladie, ses vecteurs et tous les êtres qui conditionnent ou compromettent leur existence » (Sorre, 1943). Max Sorre a inspiré Jacques May, géographe américain, qui publie en 1950 un article dans la revue *The geographical review* intitulé « Medical geography : its methods and its principles » (May, 1950). Tim Brown et Graham Moon (Brown, Moon, 2004) considèrent que l'apport de May est d'avoir réussi à rassembler un ensemble de points de vue connus mais dispersés, y compris l'héritage francophone. Ainsi, Jacques May est considéré comme le personnage fondateur de la géographie médicale dans le monde anglo-saxon, grâce à son influence au sein de la Société de Géographie américaine. May proposa une définition de la géographie de la santé à la Commission de géographie médicale de l'Union géographique internationale créée en 1949 (*idem*) : « l'étude de la distribution des maladies potentielles et déclarées sur la surface de la terre et des facteurs qui contribuent à la maladie (*pathogènes*) suivie par l'étude des corrélations qui peuvent exister entre celle-ci et les facteurs environnementaux (*géogènes*) ».

La géographie médicale s'élargit aux soins à partir des années 1970, dans le monde anglo-saxon comme en France. L'accès aux services de santé est devenu progressivement un centre d'intérêt des géographes. Le développement parallèle des méthodes quantitatives en géographie a croisé l'intérêt des géographes pour les soins, expliquant ainsi l'essor d'approches principalement quantitatives : l'étude de la distribution spatiale des structures de soins (médecins, hôpitaux,...) ainsi que de leur accessibilité constituent les deux principaux thèmes de recherche en géographie des soins (Labasse, 1980).

La géographie du soin constitue le second pan de la géographie médicale ; les recherches sur les relations entre le soin et le territoire se traduisent par des problématiques d'inégalités d'accès aux soins, de répartition de l'offre de soins (Séchet, Fleuret, 2002). Les aspects spatiaux des politiques de santé (aménagement du territoire) constituent également à partir des années 1960 une part importante des recherches en géographie (en France comme dans les pays anglo-saxons), au croisement de la géographie médicale, de la géographie des services et de l'aménagement du territoire (Vigneron, 2002a et 2002b). Les soins ont également pu être analysés selon une approche plus culturelle, notamment dans les recherches menées par Wil Gesler, qui a souhaité « montr[er] comment plusieurs thèmes récurrents de la littérature en géographie culturelle peuvent être appliqués utilement à l'étude des aspects spatiaux du système de soins » (Gesler, 1991, p.4). Néanmoins, la géographie culturelle des soins reste peu développée.

Alors que le géographe « des maladies » et le géographe « des services de santé » ne sont pas des catégories fondamentales, ces figures (selon Dorn, Keirns et Del Casino, in Brown, 2010) ont été figées par les pratiques institutionnalisées déployées par les géographes médicaux (*medical geographers*). Ce dualisme a glissé au cours des années 1990 vers un autre dualisme, entre géographie médicale et géographie de la santé, s'inscrivant dans l'évolution plus générale des sciences sociales.

2.2.1.2. Un changement de paradigme. L'ambition d'une « nouvelle » géographie de la santé

Robin Kearns et Graham Moon ont synthétisé les changements qu'a connus la géographie de la santé au cours des années 1990 : cette période a vu une « accélération marquée du processus de métamorphose qui a changé la 'géographie médicale', une préoccupation mineure et une 'sub-variété confuse' [Haggett] en une 'géographie de la santé'

confiante, reconnue et distincte » (Kearns, Moon, 2002). Cette « nouvelle » géographie de la santé « post-médicale » a été lancée par Robin Kearns en 1993 dans la revue *The professional Geographer*, éditée par l'Association des géographes américains. Il y entame un débat sur la géographie de la santé, plaidant pour l'étude de l'impact des espaces et des lieux sur la santé (Moon, 2009). Robin Kearns n'a pas souhaité l'abandon de la géographie médicale (certains géographes médicaux l'avaient lu en ce sens, et l'ont accueilli plutôt fraîchement (Mayer et Meade, 1994)) : selon lui, la nouvelle géographie de la santé considère « les impacts dynamiques des services de santé et de la santé des populations sur la vitalité des espaces (*places*) » (Kearns, 1993). L'espace et les lieux (*places*) ne sont plus seulement des supports, mais une composante de la santé des populations.

Cette nouvelle géographie de la santé s'appuie sur le modèle socio-écologique de la santé, assez peu sur le modèle holiste, et non pas sur le modèle biomédical utilisé par la géographie médicale. Elle intègre ainsi les évolutions paradigmatiques de la santé publique et des autres sciences sociales. De plus, le développement de la géographie sociale et culturelle, ainsi que des méthodes plus qualitatives, ont alimenté l'évolution de la géographie de la santé, contribuant à l'éloigner de la géographie médicale : « Au lieu de construire un pont entre les deux traditions [géographie des maladies et des services de santé], Kearns (et d'autres) en ont créé une autre » (Dorn, Keirns, Del Casino, idem).

Le tournant culturel de la géographie de la santé au début des années 1990 a transformé la place de l'espace dans la géographie de la santé, passant de simple support à un élément central : l'espace est « sérieusement » considéré (Jones, Moon, 1993). Plusieurs textes sont consacrés au rôle de l'espace dans la santé. Wil Gesler est le premier à développer le concept de lieu soignant (*healing place*). Ses études sur Bath, Lourdes et Epidaure ont contribué à développer le concept de paysage thérapeutique (*therapeutic landscape*), défini comme « la combinaison des environnements physique et bâti, des conditions sociales et des perceptions humaines produisant une atmosphère qui conduit à la guérison », la guérison incluant à la fois « la guérison physique d'une maladie, le bien-être psychologique et le renouveau spirituel » (Gesler, 1994). D'abord centré sur des espaces réputés pour favoriser la santé, le concept s'est progressivement élargi à l'ensemble des espaces : espaces dédiés à des populations spécifiques, ou des espaces spécifiques (le zoo comme paysage thérapeutique pour les familles), espaces ordinaires (voir les différentes contributions in Williams, 2007). Cummins et al. (2007) rappellent que la contribution des lieux (*places*) aux variations de santé n'est pas

spécifique à la géographie et que la sociologie ou l'épidémiologie ont mené les mêmes réflexions dans les années 1990.

Le colloque « Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ? » organisé à Angers en 2004 marque les débuts de cette « nouvelle » géographie de la santé en France, intégrée par la géographie sociale. Cependant, comme le soulignent Sébastien Fleuret et Anne-Cécile Hoyez, bien que « les questions sociales et culturelles [aient une importance croissante] dans la géographie de la santé française [...], il manque peut-être à ce jour un 'coming out' à la manière de celui effectué par Litva et Eyles dans le premier numéro de la revue *Health and place*. C'est peut-être ce qui donne ce sentiment d'un modèle français classique qui traîne à emboîter le pas aux grands courants émergents dans les études anglo-saxonnes » (Fleuret et Hoyez, 2012, p. 85). L'absence de l'évocation du tournant social et culturel de la géographie de la santé anglo-saxonne dans l'entrée « Géographie de la santé » du *Dictionnaire de la Géographie et de l'espace des sociétés* (Lévy, 2003) et dans l'article de Béatrice Ménard dans l'*Espace géographique* (Ménard, 2002) est le signe de la faiblesse des échanges entre anglophones et francophones au début des années 2000.

Le développement de la géographie de la santé anglo-saxonne s'appuie sur des supports de publication qui permettent de fédérer les géographes de la santé et de diffuser mondialement leurs recherches. La création de la revue *Health & Place* en 1995 est l'illustration de l'évolution de la géographie de la santé, bien que la revue fût pluridisciplinaire (mais néanmoins principalement géographe). En quinze ans, cette revue s'est peu à peu ouverte aux géographes « médicaux », alors que la revue *Social science & medicine*, traditionnellement centrée sur le modèle biomédical, s'est ouverte à la santé globale. L'évolution du paradigme de la géographie de la santé se traduit également dans les communications effectuées lors du colloque international en Géographie médicale (IMGS) : l'édition de 1996 est marquée par un pic des communications concernant les maladies infectieuses, qui n'ont cessé de décroître depuis lors. A l'inverse, les comportements liés à la santé font l'objet de plus en plus de communications depuis l'édition de 2003¹⁷.

¹⁷ Sabel C., Moon G., « The evolution of academic health geography : a social network analysis », communication du 14^{ème} colloque international en géographie médicale (IMGS), Durham, 10 juillet 2011 (non publiée).

La géographie de la santé, en renouvelant ses approches théoriques et méthodologiques, a-t-elle renouvelé sa manière d'appréhender l'espace urbain ? Les géographes urbains se sont-ils quant à eux approprié les questions de santé ?

2.2.2. Espace urbain et santé : quelles interactions en géographie ?

Les interactions entre l'espace et les faits de santé constituent la clé de voûte de la nouvelle géographie de la santé. Celle-ci s'inscrit dans le « tournant spatial » des sciences sociales : l'espace est considéré comme un élément constitutif des sociétés. Les géographes de la santé ont débattu sur le rôle de l'espace dans leurs recherches : l'espace urbain n'est-il que le support des faits de santé, qui s'expliquent par d'autres déterminants (statut social par exemple) ou est-il un déterminant de santé (Vlahov, 2007) ? Les géographes de la santé, ainsi que les épidémiologistes et les sociologues, ont débattu de l'importance de l'espace (et en particulier de l'environnement bâti) dans l'état de santé des individus. Ces débats, qui eurent lieu dans les années 1990, ont rencontré un écho auprès des géographes urbains à partir du milieu des années 2000, certains d'entre eux (principalement nord-américains) s'intéressant aux liens entre l'aménagement et la santé. Cependant, les cloisons qui séparent la géographie de la santé de la géographie urbaine sont encore relativement étanches.

2.2.2.1. Composition et/ou contexte ? Espace et santé en géographie

Les disparités de santé sont couramment analysées selon l'effet de la « composition », c'est-à-dire selon les caractéristiques démographiques et sociales des individus, qui sont localisés. Proche de l'épidémiologie, cette démarche met en valeur les inégalités spatiales de santé : inégalités devant la mort (morbidity, mortalité, ...), dans l'accès aux soins. L'espace est le support des inégalités sociales, qui expliquent les inégalités de santé. Les études annuelles de l'observatoire national des zones urbaines sensibles mettent en évidence un état de santé moins favorable des habitants de ZUS par rapport à l'ensemble de la population¹⁸. Les tenants d'une approche par la « composition », c'est-à-dire par les caractéristiques propres des individus, considèrent l'espace comme un support des faits sociaux, économiques, culturels. La démarche des atlas de santé (Salem, 1999 ; Vigneron, 2011) est emblématique de cette démarche, qui reste relativement descriptive et renvoie largement aux disparités sociales, culturelles ou économiques des individus davantage qu'à l'espace.

¹⁸ Voir le rapport 2011 de l'ONZUS, disponible à l'adresse : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onzus_2011.pdf

L'effet de composition n'est pas le seul facteur explicatif de l'état de santé d'un individu. L'espace dans lequel il vit peut avoir des conséquences sur sa santé : c'est l'effet de « contexte ». Véronique Lucas-Gabrielli le met en évidence dans son étude sur l'état de santé des populations vivant dans les ZUS (Lucas-Gabrielli, 2009) : « le fait de vivre dans un quartier favorisé a un impact négatif sur la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. [...] Plus les personnes vivent dans un quartier où le niveau social et économique est faible, plus la probabilité qu'elles se déclarent en mauvaise santé est élevée. Vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales s'accompagne donc d'effets négatifs supplémentaires en matière de santé. » Ainsi, l'espace de vie des individus contribue à expliquer une partie de leur état de santé et aussi de leur perception négative de leur état de santé, et peut renforcer l'effet de la composition.

Le rôle de l'espace ne doit cependant pas être surestimé dans l'explication de la répartition des inégalités de santé. Macintyre, Ellaway et Cummins (Macintyre et al., 2002) reviennent sur dix années de débat sur la place de la composition et du contexte, auquel les deux premiers auteurs ont participé. Selon ces auteurs, il est difficile de séparer la composition du contexte : la répartition spatiale des classes sociales est en grande partie contrainte par le marché local du travail, de l'immobilier, ou la qualité de l'éducation. L'étude de Didier Fassin sur le saturnisme (Fassin, 1998, p. 14) a montré que les enfants atteints de saturnisme étaient localisés dans les quartiers d'habitat ancien dégradé, dont les murs des habitations étaient recouverts de peinture au plomb : l'effet de contexte ne doit ainsi pas être survalorisé par rapport à l'effet de composition. Plusieurs géographes anglais proposent alors d'abattre le « *faux dualisme entre contexte et composition* en reconnaissant qu'il existe un renforcement mutuel et une relation réciproque entre les individus (*people*) et les lieux (*place*) » (Cummins et al., 2007).

2.2.2.2. Géographie de la santé, géographie urbaine : quelles relations ?

Gérard Salem a résumé les relations entre la géographie de la santé et la géographie urbaine (Salem, 1998, p. 61) : « les géographes de la santé travaillant en zone urbaine souffrent du manque de traditions scientifiques des géographes urbains dans le domaine de la santé ». Alors que les géographes de la santé ont réfléchi sur le rôle de l'espace sur leurs objets de recherche, les géographes urbains restent encore peu sensibles aux dimensions « thérapeutiques » des lieux.

La ville est un terrain courant pour les géographes de la santé. La revue *Espace, populations et sociétés* a par exemple publié, en 2006, un numéro spécial intitulé « Espace urbain et santé », qui rassemble des contributions variées et représentatives des recherches menées en géographie de la santé en France. Les différents terrains et méthodes, et les différentes conceptions de la santé sont représentés. Les recherches sont aussi bien menées dans les pays en développement (Inde, Laos, Burkina Faso, Sénégal, Cameroun) que dans les pays développés (France). Les méthodes d'appréhension de la santé en ville sont également variées, représentatives de la diversité des méthodes de la géographie : télédétection, analyse spatiale, questionnaires, entretiens,... Enfin, les objets de recherche sont le reflet des évolutions de la géographie de la santé : étude des maladies, répartition et accès à l'offre de soins, politiques de santé, bien-être. On peut cependant constater que les auteurs rassemblés dans cette contribution sont des géographes de la santé et non des géographes urbains, signe de l'intérêt encore relatif des géographes urbains pour la santé.

Toutefois, le regard des géographes urbains et des urbanistes vis-à-vis de la santé change progressivement, en particulier dans les pays anglo-saxons. La dernière édition d'un manuel de géographie urbaine (Banerjee et Loukaitou-Sideris, 2011, pp. 198-207) consacre un chapitre aux « interactions entre la santé publique et l'urbanisme », en commençant par affirmer que « l'intérêt des liens entre l'urbanisme et la santé publique a explosé récemment ». L'ouvrage insiste sur le « fossé » (*gap*) entre la géographie urbaine et la santé : alors que la première considère la ville comme un ensemble d'instruments fonctionnels et un ensemble intégré, la géographie de la santé s'intéresse à l'environnement bâti sans s'interroger sur les processus qui l'ont produit. Bien que plusieurs thèmes de recherche se sont développés au cours des années 2000, tels que les interactions entre l'urbanisme et la santé (Curtis, 2002), l'activité physique, l'accessibilité des personnes handicapées, les disparités de santé intra-urbaines (voir les études pionnières de Robert Pampalon, la démarche des diagnostics locaux de santé développée par le laboratoire « Espace, Santé, Territoire » de l'Université Paris-Ouest-Nanterre-la Défense), les liens entre les géographes de la santé et les géographes urbains restent relativement ponctuels et relèvent davantage du vœu pieu que de la réalité (Barton, 2009), à l'image de Jason Corburn (Corburn, 2005), géographe californien, qui plaide pour une « reconnexion » entre l'aménagement urbain et la santé publique.

Néanmoins, la géographie urbaine commence à s'intéresser aux enjeux de santé depuis quelques années. Deux numéros récents de revues scientifiques de géographie urbaine et

d'aménagement ont été consacrés à la santé : l'aménagement peut contribuer à construire des villes saines (Boarnet, 2006). La santé serait même pour certains auteurs « au cœur de l'aménagement » (Crawford, 2010). Les thématiques de recherche des géographes urbains sur la santé restent limitées à la santé physique et aux comportements liés à la santé, davantage qu'au bien-être. Les géographes américains sont particulièrement attentifs aux liens entre l'étalement urbain, l'activité physique et l'obésité (Townshend, 2009), qui ne sont pas transposables en Europe (Dupuy et al., 2011).

2.2.3. Les politiques locales de santé : un « champ d'investigation essentiel » pour l'analyse des relations villes / santé¹⁹

Les politiques de santé ne sont plus établies seulement à l'échelle nationale : les lois de décentralisation, et plus récemment la loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST, juillet 2009) font ainsi explicitement référence au territoire. La territorialisation de ces politiques intéresse non seulement les politologues mais aussi les géographes. Selon M. Lussault (Lussault, in Fassin, 1998, p. 194), « l'analyse des politiques locales de santé publique offre au géographe un bon exemple de la façon dont on peut mettre en relief la dimension spatiale d'un objet urbain pour lequel celui-ci n'apparaît pas, en première lecture guère importante. [...] Pour qu'elle prenne tout son sens, il faut mesurer une telle géographie à l'aune du modèle territorial officiel de l'action ». Plus largement, les politiques territoriales et territorialisées constituent désormais des objets de recherche des géographes et de la géographie sociale en particulier (Dodier, Royer, Séchet, 2008).

D'après Lussault (Lussault, idem), « le modèle excède toujours les 'images' qui le font exister, comme instrument au service de l'autorité légitime ; il n'advient en général pas pleinement à la conscience des protagonistes en tant que modèle territorial formalisé de l'action, mais niche partout dans les énoncés de ceux-ci, présent dès que l'espace est invoqué, dès que la *praxis* croise le territoire ». De fait, l'analyse du réseau des Villes-Santé demande à la fois de voir en quoi le concept de Villes-Santé constitue un modèle territorial et de comparer le modèle à la *praxis*, c'est-à-dire la mise en œuvre de ce modèle à l'échelle du territoire municipal.

¹⁹ Lussault, 2000

L'impact des politiques locales sur la santé, qu'elles soient spécifiquement orientées par des problématiques de santé publique ou non, est envisagé par les géographes. La politique de renouvellement urbain a pu être analysée sous le prisme de la santé (Curtis, Cave, 2002), tout comme l'impact sur la santé de l'aménagement des transports urbains en vue des Jeux olympiques de Londres en 2012 (McCarthy, 2010). L'analyse critique des politiques locales qui promeuvent le bien-être met en évidence l'intérêt de l'incertitude de la définition du bien-être pour mener à bien ces politiques, le bien-être constituant davantage un élément de la construction de la politique qu'un but à atteindre (Atkinson, Joyce, 2011).

La dimension pluridisciplinaire de la santé, dont les contours restent mal définis, est essentielle afin d'appréhender tout fait relatif à la santé. Le grand public n'est pas le seul à se préoccuper de son bien-être : les acteurs publics, qu'ils participent ou non au réseau des Villes-Santé, se sont progressivement intéressés au bien-être des citoyens (cf. chapitre suivant). Les sciences sociales, dont les recherches sont consacrées aux évolutions des sociétés, ont élargi leur approche strictement médicale vers une approche plus globale de la santé. L'échelle de la ville connaît une importance croissante dans ce contexte social et scientifique, d'autant plus que les politiques de santé ne sont plus exclusivement du ressort des Etats. L'incitation du réseau des Villes-Santé à élaborer des politiques locales de santé (dont les initiatives inspirent parfois les politiques nationales) est l'illustration de cette reprise en main des questions de santé par l'échelon local qui, historiquement, a été le premier à être chargé de la santé de ses habitants.

Chapitre 2. L'espace politique de la santé à l'échelle locale : une gouvernance multi-niveaux

Il peut paraître paradoxal de s'interroger sur la dimension territoriale de la politique de santé, dans la mesure où l'Etat occupe une place déterminante. En effet, selon la loi de santé publique de 2004, « La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels » (article L1411-1 du code de santé publique). La santé peut paraître comme un domaine régalien, réservé à l'Etat, au même titre que la Justice ou l'Intérieur. Cependant, si la définition de la politique de santé est nationale, sa mise en œuvre est loin d'être spatialement uniforme. Les collectivités territoriales, et les municipalités en particulier, ont toujours participé aux politiques de santé, par l'intermédiaire de la territorialisation des politiques publiques ou de la mise en place de politiques innovantes dans le domaine de la santé. La dimension territoriale des politiques de santé publique a d'ailleurs été affirmée par la loi du 22 juillet 2009 relative aux hôpitaux, aux patients, à la santé et aux *territoires*.

Tout comme Didier Fassin (Fassin, 1996), nous considérons la santé comme « une notion culturellement déterminée », comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent, et comme un « espace politiquement structuré » (*idem*, p. 35) : « un espace social largement investi par le politique s'est ainsi constitué autour de la santé » (*idem*, p.304). Quinze ans après l'ouvrage de Didier Fassin, les indices montrant une plus forte implication du politique dans la santé se sont multipliés : le champ politique (Dulong, 2010) s'est approprié les questions de santé à toutes les échelles. Un « espace politique de la santé » (Fassin, *idem*) a été peu à peu construit, en s'appuyant à la fois sur les politiques nationales déclinées aux échelles inférieures, mais également sur des initiatives locales.

Deux grandes catégories de politiques sont mises en œuvre à l'échelle locale, selon la dialectique *top-down* et *bottom-up* classique en science politique. Les premières ont un caractère normatif, voire obligatoire (*top down*) : il s'agit des déclinaisons territoriales des politiques nationales, dont les ARS sont la clé de voûte. Le second type de politiques est issu

d'initiatives bottom up. Qu'elles soient d'origine privée, internationale,... ces initiatives contribuent à façonner la santé publique à l'échelle locale. En effet, les municipalités utilisent ces politiques et ces dispositifs de façon combinée, en concentrant les moyens financiers et humains sur des actions spécifiques.

La mise en œuvre des politiques locales par l'Etat comme par les municipalités est ponctuée par des ruptures et des accélérations depuis le début du XXème siècle. Ces ruptures s'inscrivent dans leur contexte social et politique : l'hygiénisme issu du XIXème, puis le développement de la prévention et enfin de la promotion de la santé, mais aussi le déplacement du centre de gravité entre l'échelon local et l'échelon national ont contribué à façonner les politiques locales de santé telles que nous les connaissons à l'heure actuelle. De plus, les collectivités territoriales ont de plus en plus de compétences plus ou moins directement liées à la santé, qui donnent lieu à une diversité d'initiatives. La santé publique s'appuie désormais sur une complexité territoriale inédite, avec des échelles imbriquées (échelle internationale, nationale, régionale, départementale, infra-départementale, métropolitaine, communale, infra-communale,...). Malgré tout, trois échelons principaux sont encore dominants, qu'ils correspondent à un échelon démocratique (doté d'une représentation des citoyens) ou administratif : l'Etat et la commune d'un côté, la région de l'autre.

1. La construction progressive d'une santé publique locale par l'Etat

Au cours du XXème siècle, les politiques nationales de santé et leurs déclinaisons par les collectivités sont marquées par des ruptures, ainsi que par des allers-retours entre l'échelle centrale et l'échelle des collectivités. L'Etat, en favorisant certaines politiques déjà menées à l'échelle locale, ou en les marginalisant, a progressivement construit une santé publique locale. L'hygiénisme, puis la création des dispensaires et enfin les ateliers santé ville constituent les trois repères qui ont structuré les politiques locales de santé.

1.1. L'hygiénisme municipal : entre tradition, accélération et rupture

Historiquement, la première mission des communes en matière de santé a été l'assainissement des villes. L'insalubrité des logements et des rues était un facteur aggravant de mortalité : au XIX^{ème} siècle, on mourait beaucoup plus en ville qu'à la campagne (Barles, 1999). Une première loi contre le logement insalubre a été votée en 1850. A la fin du XIX^{ème} siècle, un changement sociologique des édiles locaux a contribué à la mise en place des premiers bureaux municipaux d'hygiène, repris dans la première loi de santé publique en 1902. Les premiers dispensaires, créés au début du XX^{ème} siècle, n'ont pas fait l'objet de la même diffusion nationale.

1.1.1. L'hygiénisme municipal : une initiative d'abord locale (fin du XIX^{ème})

L'hygiénisme s'est développé au cours du XIX^{ème} siècle, au « moment de la rencontre entre une technologie d'intervention sur les populations et une conscience de la montée du paupérisme » (Fassin, in Bourdelais, 2001). Les racines de l'hygiénisme sont plus anciennes, comme l'a montré Alain Corbin dans son ouvrage *Le miasme et la jonquille* en 1982. On cherche alors à rendre les rues et les habitations plus propres, en luttant contre les odeurs. Une réflexion sur la circulation de l'eau et de l'air en ville est menée au XVIII^{ème} siècle et conduit, entre autres, au pavement des rues pour empêcher la stagnation d'eaux putrides.

La mise en place de politiques locales hygiénistes au cours du XIX^{ème} siècle s'explique en partie par l'arrivée, au début de la III^{ème} République, de médecins au sein des conseils municipaux (Bourdelais et Fijalkow, 2004). Ces médecins, dont une partie non négligeable est issue de la franc-maçonnerie, sont en majorité républicains et particulièrement attentifs aux questions d'hygiène. Ces nouvelles majorités municipales comptent parmi elles des protestants. En réaction à l'offre de soins proposée par les catholiques sur une base volontaire, ces élus ont municipalisé et professionnalisé l'offre de soins. La création de ces premiers bureaux municipaux d'hygiène n'est pas allée de soi puisque certaines municipalités ne souhaitaient pas engager de dépenses supplémentaires. Le talent de persuasion d'individus comme le Dr. Gibert au Havre a permis de convaincre les maires de mettre en place un service de ce type. Les premiers services municipaux d'hygiène sont ainsi issus d'initiatives communales dans les années 1880 et 1890. Le premier ministère dédié à l'hygiène n'est créé

qu'en 1920. Avant cette date, seule une Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, créée en 1889 et dépendante du Ministère de l'Intérieur, est en charge de la santé. Cette direction ne dispose pas de relais locaux ; il n'existe alors pas de services déconcentrés de l'Etat en charge de la santé : « l'Etat moteur, initiateur, conducteur ou exécuter, ne possède pas même de services extérieurs, il revient aux préfetures de transmettre plutôt mal que bien les directives émanées de la direction de l'Hygiène publique » (Murard et Zylbermann, 1996, p. 246). La santé ne devient une préoccupation majeure de l'Etat qu'après la Seconde Guerre Mondiale (création de la Sécurité sociale). Ainsi, les communes ont toute latitude pour mettre en place un service municipal chargé de l'hygiène. Entre 1879 et 1902, vingt-quatre bureaux municipaux d'hygiène ont été créés, avant que la loi de santé publique du 15 février 1902 n'impose à toutes les communes de plus de 20 000 habitants (et aux villes thermales de plus de 2 000 habitants) de mettre en place un bureau municipal d'hygiène. Depuis cette date et jusqu'à nos jours, la seule compétence obligatoire des communes en matière de santé est le maintien de l'hygiène et de la salubrité publiques, toute autre action communale relative à la santé relevant alors de la clause de compétence générale.

1.1.2. Hygiénisme et Etat : accélération (1902) et rupture (1983)

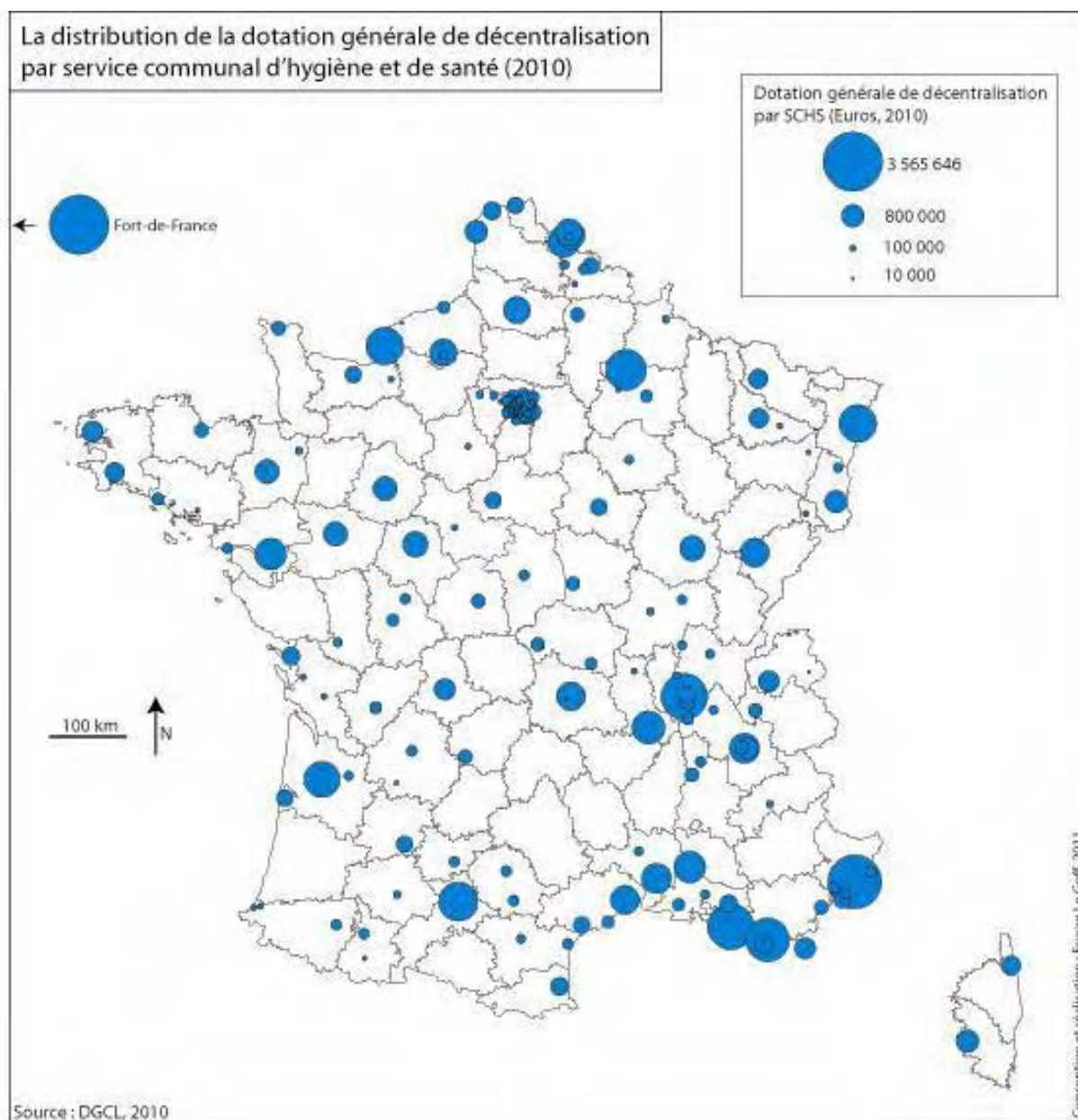
Les premières initiatives communales de la fin du XIX^{ème} siècle ont influencé le texte de la loi relative à la protection de la santé publique du 15 février 1902, première loi de santé publique. L'article 1^{er} de la loi précise les attributions des maires : « le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer [...] : 1° les précautions à prendre [...] pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, spécialement les mesures de désinfection [...] ; 2° les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances [...] ». La lutte contre le logement insalubre n'est pas nouvelle puisqu'elle a déjà fait l'objet d'une loi en 1850. La désinfection est l'une des priorités de ces bureaux municipaux d'hygiène, dans le but de réduire la mortalité. La vaccination est l'une des missions qui peut être confiée aux bureaux municipaux d'hygiène. Le succès de cette loi est relativement limité : le rapporteur de la commission d'hygiène à la chambre en 1930 a visité « un grand nombre de nos bureaux d'hygiène, et s'il y en a quelques-uns de parfaits, [il a] constaté en revanche la misère profonde ou la complète inexistence de beaucoup d'entre eux » (Murard et Zylberman, 1996, p. 260).

La généralisation par l'Etat des bureaux municipaux d'hygiène a été fortement dépendante du contexte local. Les personnes impliquées à la fois dans la santé (médecins) et dans la vie politique locale (conseillers municipaux) ont joué un rôle décisif dans la mise en place d'un tel service, indépendamment de la législation nationale. La création de services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), qui remplacent les bureaux municipaux d'hygiène, est arrêtée par les lois de décentralisation de 1983 (loi du 22 juillet 1983). Le nombre de SCHS est définitivement fixé en 1985 et limité à 208, c'est-à-dire au nombre de bureaux municipaux d'hygiène déjà existants : quatre-vingts ans après la première loi de santé publique, à la veille des lois de décentralisation, seule une commune de plus de 20 000 habitants sur deux a créé un bureau municipal d'hygiène, dont seule une centaine fonctionne effectivement (Laurand et al., 2004). Les SCHS bénéficient de la dotation générale de décentralisation (plus de 90 millions d'Euros pour l'année 2010), selon des montants très variables, d'environ 2000 Euros pour les villes thermales comme Evian ou Thonon-les-Bains à 2,8 millions d'Euros pour Marseille ou Lyon²⁰. La répartition spatiale des SCHS, ainsi que leur dotation générale de décentralisation, révèlent ces disparités territoriales, soulignées par un rapport de l'IGAS en 2009 (Massin et al., 2009). Les SCHS couvrent environ 23% de la population française. A l'échelle nationale, les départements les plus urbains ont une meilleure couverture (le département des Hauts-de-Seine est le département le mieux couvert par les SCHS : 82,5% de la population est couverte par un SHCS). Les départements franciliens concentrent plus d'un tiers des SCHS, principalement dans la petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne), alors qu'ils sont quasi inexistant dans les autres départements de la Région. La Région Provence-Alpes-Côte d'Azur est la Région qui a le plus fort taux de couverture par les SCHS : 43% de la population est couverte par un SCHS, devant la Corse (33%) et l'Ile-de-France (30%). Le taux de population urbaine est ainsi un facteur explicatif de cette répartition ; les départements les plus ruraux (Lozère, Aveyron, Creuse,...) ne bénéficient pas de la présence de SCHS. L'inégalité territoriale n'est pas à considérer sous le prisme de la seule différence entre espace rural et espace urbain. En effet, il faut considérer la répartition des SCHS en creux. Si toutes les grandes villes disposent d'un SCHS, il n'en est pas de même pour les villes moyennes, qui n'ont pas toutes créé de SCHS. Les lois de décentralisation ont gravé dans le marbre les disparités territoriales, sans aucune possibilité pour les communes de plus de 20 000 habitants qui n'ont pas de SCHS

²⁰ Informations aimablement communiquées par la DGCL.

d'en créer un. Dans ces villes (et dans le reste du territoire national non couvert par un SCHS), les services déconcentrés de l'Etat chargés du contrôle de l'hygiène prennent le relais.

Carte 1 : La distribution de la dotation générale de décentralisation par SCHS (2010)



Un rapport établi en 2004 par l'IGAS sur les SCHS (Laurand et al., 2004) souligne le fait que ces services sont « à géométrie variable selon les villes », non seulement sur leur place dans l'organigramme des services de la ville mais aussi des compétences qui leur sont allouées. La vaccination, sauf dérogation, devient une compétence départementale en 1983 (la loi du 13 août 2004 redonne à l'Etat davantage de contrôle dans la politique vaccinale, mais la

dérogation de 1983 est maintenue). Les SCHS peuvent être limités au contrôle de l'hygiène, comme la lutte contre les nuisibles (rats, goélands,...), ou avoir des compétences élargies (vaccination, voire protection maternelle et infantile), s'ils les exerçaient avant 1984.

Survivants de la période hygiéniste, les services communaux d'hygiène et de santé n'ont pas d'identité forte parmi l'ensemble des services municipaux, comme le souligne un récent rapport de l'IGAS (IGAS, 2009) : seuls vingt-quatre des cent cinquante et un SCHS ayant répondu au questionnaire de l'IGAS ont conservé la dénomination de SCHS. Leur place dans l'organigramme des services de la ville est secondaire, voire inexistante. La place des dispensaires est également réduite (les centres de santé médicaux représentent seulement 1% de l'offre de soins médicaux globale) et n'a été que tardivement reconnue par l'Etat, contrairement aux bureaux municipaux d'hygiène.

1.2. Les dispensaires : pallier les déficiences de l'Etat en santé publique au lendemain de la Seconde guerre mondiale

Dans la période de l'entre-deux-guerres et au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, les communes ont vu se développer de nouvelles infrastructures de soins ouvertes à tous : les dispensaires. Ces initiatives, contrairement aux bureaux municipaux d'hygiène de la fin du XIXème siècle, n'ont pas été reprises par l'Etat en vue d'une généralisation sur l'ensemble du territoire. Ils ont été tardivement reconnus par l'Etat, sans que cette reconnaissance n'ait eu pour conséquence le développement des dispensaires, renommés centres de santé. Un rapport de la Sécurité sociale comptait en 1996 1454 centres de santé, dont 357 centres de santé polyvalents (cf. carte des centres de santé polyvalents).

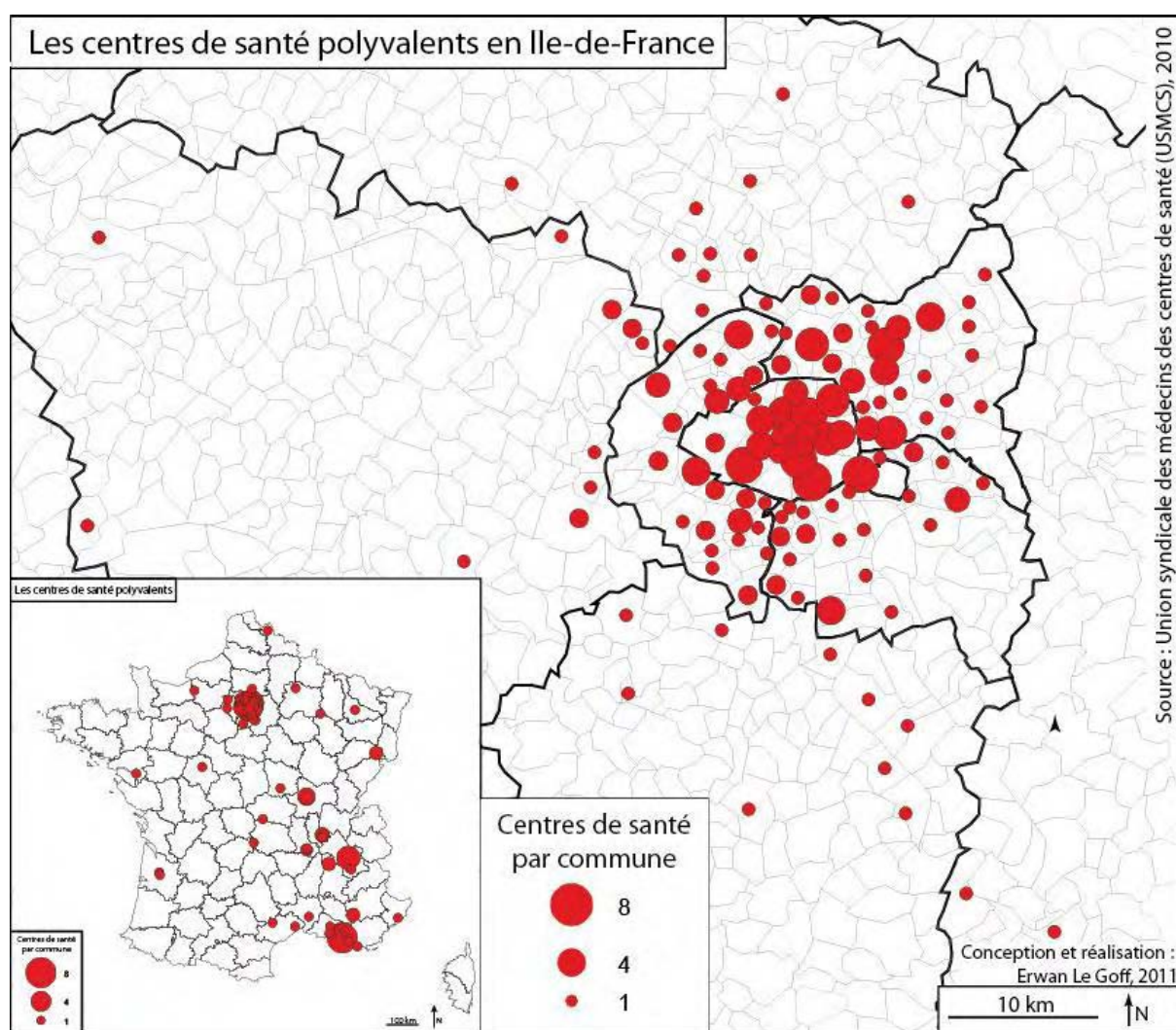
Les dispensaires, à l'image des bureaux municipaux d'hygiène, sont issus d'initiatives d'associations (27% des centres), de mutuelles (22%), d'organismes d'assurance maladie (20%), de congrégations (19%) ou de municipalités (12%)²¹. La plupart des dispensaires ont été créés en Ile-de-France. La carte des centres municipaux de santé en Ile-de-France, héritiers

²¹ ACKER D. (2007), *Rapport sur les centres de santé*, Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Disponible à l'adresse : http://www.lescentresdesante.com/IMG/pdf/rapport_acker-2.pdf (Consulté le 1er février 2011)

des dispensaires, permet de comprendre les raisons de leur création. L'état de santé de la population défavorisée et majoritairement ouvrière des communes de la petite couronne (« banlieue rouge »), en particulier dans l'Est parisien, a suscité la création de ces dispensaires qui existent encore actuellement. La dynamique de développement des dispensaires est identique à celui des bureaux municipaux d'hygiène : le constat d'une situation défavorable (la population en mauvaise santé) et l'investissement d'élus municipaux (majoritairement communistes) ou de médecins. Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, l'offre de soins hospitaliers n'est pas suffisante, et la Sécurité sociale encourage l'ouverture de dispensaires pour pallier cette insuffisance. Dans ce contexte, le dispensaire Pierre Rouquès du Blanc-Mesnil a été créé en 1948 afin de soigner les enfants de la commune. Les dispensaires se développent jusqu'en 1960.

Le décret du 12 mai 1960 fixe une convention entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie : les assurés peuvent alors être remboursés des frais avancés pour une consultation chez un médecin libéral. Les dispensaires perdent peu à peu de leur intérêt au profit des médecins libéraux, excepté pour les personnes précaires, du fait du tiers-payant. L'Etat reconnaît tardivement les centres de santé, et ne cherche pas à les généraliser sur l'ensemble du territoire. Les dispensaires prennent le nom de centres de santé dans la loi du 8 janvier 1991 ; ils ne sont intégrés dans le Code de la santé publique qu'en 1999. Les missions qui leur sont alors attribuées dans la loi sont des « activités de soins sans hébergement, [...] des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales » (article L6323-1 du Code de la Santé publique). La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) de 2009 reconnaît que les centres de santé « peuvent être chargés d'assurer, ou de contribuer à assurer, des missions de service public ». La trajectoire des centres de santé est très différente de celle des bureaux municipaux d'hygiène : ils continuent à être gérés par des organismes à but non lucratif ou des collectivités territoriales. Ils connaissent des situations financières délicates, pouvant aboutir à la fermeture de certains d'entre eux, comme le centre de santé de Blumenthal à Epinay-sur-Seine (Seine-Saint-Denis), créé en 1912 et géré par la Croix-Rouge.

Carte 2 : Les centres de santé polyvalents en Ile-de-France



1.3. La rupture de la politique de la ville : le retour de l'Etat dans les politiques locales

Au cours des années 1990, l'Etat commence à intégrer la santé dans les contrats de ville (Développement social urbain), sans réel succès. Le volet santé du DSU a pour objectifs « la mise en place d'une couverture sociale pour l'ensemble des populations en difficultés, la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé, l'ouverture et l'adaptation du système de soins à ces populations, la facilitation de l'insertion dans le parc de logements sociaux des handicapés et la prise en compte des différents facteurs indirects concourant à la santé tels que

les qualités urbaines, esthétiques, environnementales ainsi que le désenclavement »²². La place des collectivités est précisée : « au-delà des compétences réglementaires, c'est la notion de responsabilité qui doit fonder son engagement dans l'élaboration d'une politique locale de santé : c'est ce principe que développe le réseau OMS Villes-Santé »²³. La promotion de la santé prend plus d'importance dans les politiques nationales dans les années 2000 (création de l'INPES en 2004, qui remplace le Comité Français d'éducation à la santé). En 2000, les contrats de ville (circulaire interministérielle du 13 juin 2000) puis les contrats urbains de cohésion sociale à partir de 2006, comportent un volet consacré à la santé, sous la forme d'ateliers santé ville (ASV). L'association « Elus, Santé publique et territoires » a été créée en 2005 afin d'encourager l'Etat à maintenir une place importante de la santé dans les contrats urbains de cohésion sociale signés à partir de 2006. Ces ateliers santé ville sont localisés dans les quartiers de la politique de la ville. Ils sont animés par un coordonnateur, et ont pour objectif de décloisonner les politiques sociales, les politiques de santé et la politique de la ville. La participation de la population est également un élément important dans l'organisation d'un ASV, qui est fondé sur le principe de la santé communautaire.

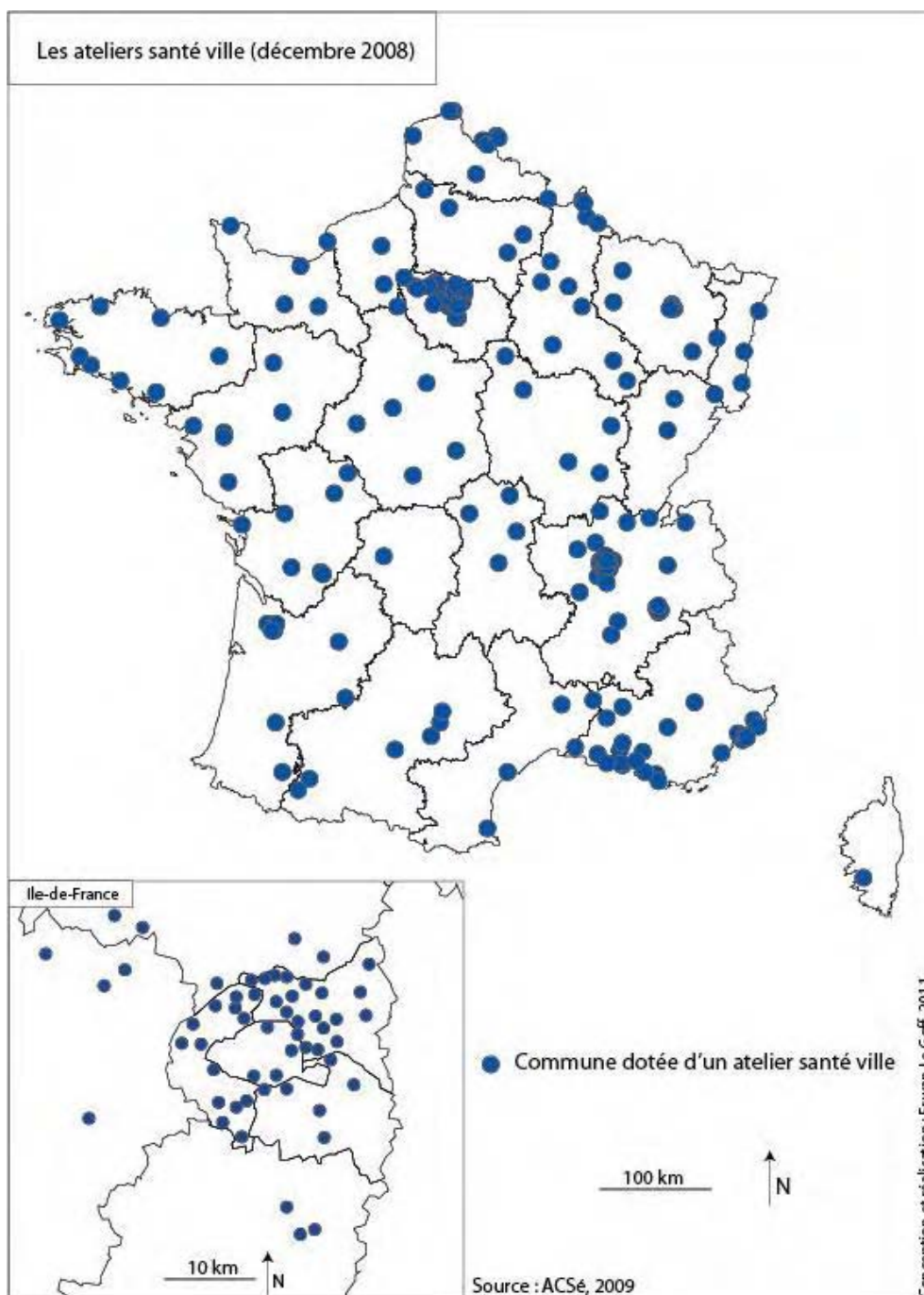
Certaines communes s'emparent assez rapidement de ce dispositif, étant donné qu'il correspond aux actions qu'elles entreprenaient depuis plus de trente ans, en particulier dans le domaine de la santé communautaire (création de l'Institut Théophraste Renaudot en 1981). Les premiers ASV ont ainsi été rapidement mis en place dans le département de la Seine-Saint-Denis, dont les communes ont une longue tradition de santé locale, depuis la création des dispensaires : le terreau local était particulièrement favorable pour l'implantation du dispositif. Ainsi, les ASV sont particulièrement nombreux en Ile-de-France, qui regroupe également une proportion importante des quartiers relevant de la politique de la ville à l'échelle nationale. On compte actuellement près de deux cent cinquante ASV (cf. carte des ASV en 2008). Suite à la mise en place des ASV, certaines villes ont souhaité adhérer au réseau des Villes-Santé (Reims, Quimper,...), l'adhésion au réseau constituant parfois l'un des objectifs de l'ASV. Ce dernier peut être le point de départ d'une politique de santé locale plus étendue, les élus étant alors sensibilisés aux enjeux de santé à l'échelle locale. L'ASV n'est donc pas seulement un dispositif qui s'inscrit dans des expérimentations locales déjà en place : il est aussi à l'origine d'initiatives locales plus développées, à l'échelle de la ville. Les ateliers santé ville sont en effet circonscrits aux périmètres des quartiers sensibles, posant

²² Contrats de ville, XIème plan

²³ *Idem.*

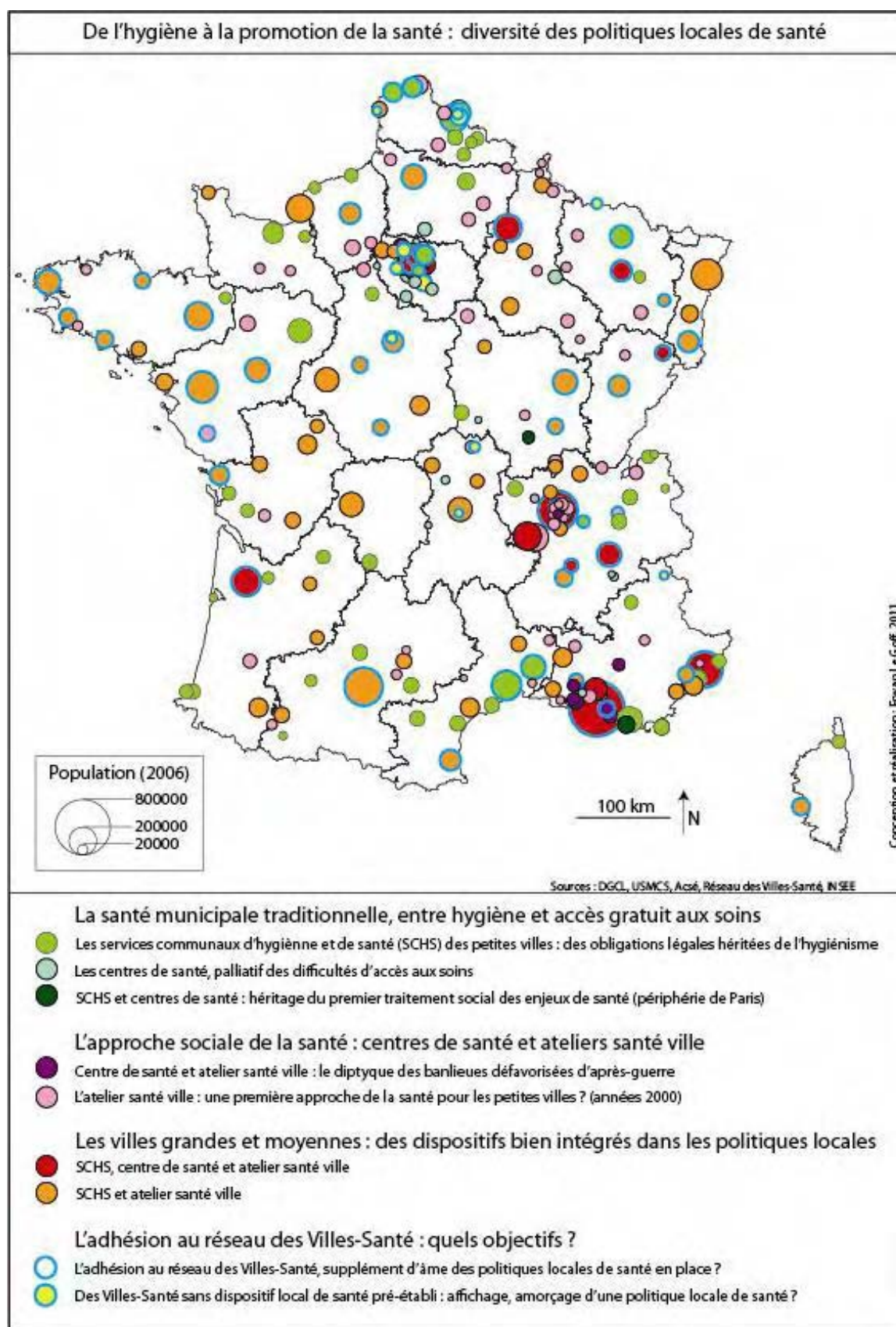
ainsi la question d'une politique locale de santé couvrant l'ensemble du territoire communal, voire intercommunal (la santé n'est que très rarement une compétence des intercommunalités, comme à Dunkerque, Nancy, Saint-Quentin en Yvelines ou Strasbourg).

Carte 3 : Les ateliers santé ville en 2008

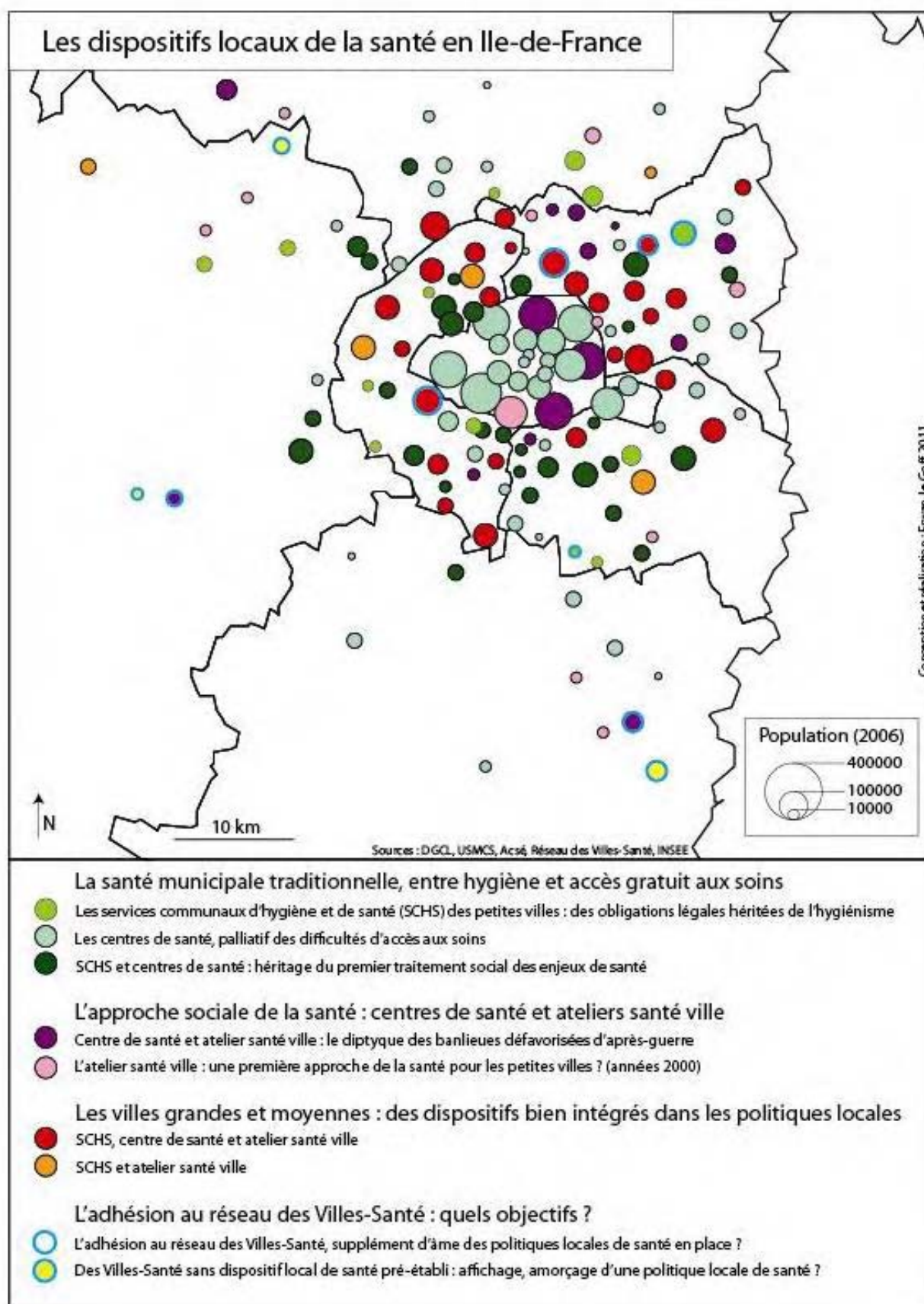


Les deux cartes suivantes rassemblent l'ensemble des dispositifs : SCHS, centres de santé, atelier santé ville. En effet, bien que nous ayons analysé chronologiquement ces dispositifs, ceux-ci se sont accumulés : l'adoption d'un nouveau dispositif ne conduit pas à la disparition des dispositifs précédents. Les municipalités ont été regroupées en trois catégories, en fonction des dispositifs qu'elles ont pu mettre en place. La première catégorie (cercles proportionnels verts) rassemble les municipalités ayant une politique de santé ancienne et traditionnelle. Les municipalités qui ne disposent que d'un SCHS ou de la dotation liée à un ancien SCHS, sont des petites communes (cas des villes thermales de plus de 2000 habitants : Evian,...). Celles qui n'ont qu'un centre de santé sont situées en grande partie en Ile-de-France, et dans la commune de Paris en particulier. Les communes qui combinent un SCHS et un centre de santé sont quant à elles situées principalement au Sud de Paris : il s'agit de communes qui ne sont pas incluses dans la politique de la ville et ne bénéficient donc pas d'un atelier santé ville. Ce dernier dispositif constitue le critère central de la seconde catégorie de municipalités. De nombreuses villes ont mis en place un ASV sans expérience préalable de santé locale : il s'agit de petites villes dont un ou plusieurs quartiers relèvent de la politique de la ville (voir en particulier le Nord-Est de la France et la banlieue lyonnaise). Ces ASV peuvent parfois s'appuyer sur les centres de santé existants, signes d'une précarité sociale de la population (petites villes des périphéries parisienne, marseillaise et lyonnaise). Enfin, les villes moyennes et grandes peuvent cumuler les trois dispositifs : ces municipalités ont un héritage important en matière de politiques locales de santé, et plus largement de politique sociale locale. Les départements de la Seine-Saint-Denis des Hauts-de-Seine en sont des exemples caractéristiques. Enfin, la combinaison d'un SCHS et d'un ASV est la combinaison la plus répandue des villes moyennes, si l'on excepte l'Ile-de-France, les agglomérations marseillaise et lyonnaise.

Carte 4 : De l'hygiène à la promotion de la santé : diversité des politiques locales de santé

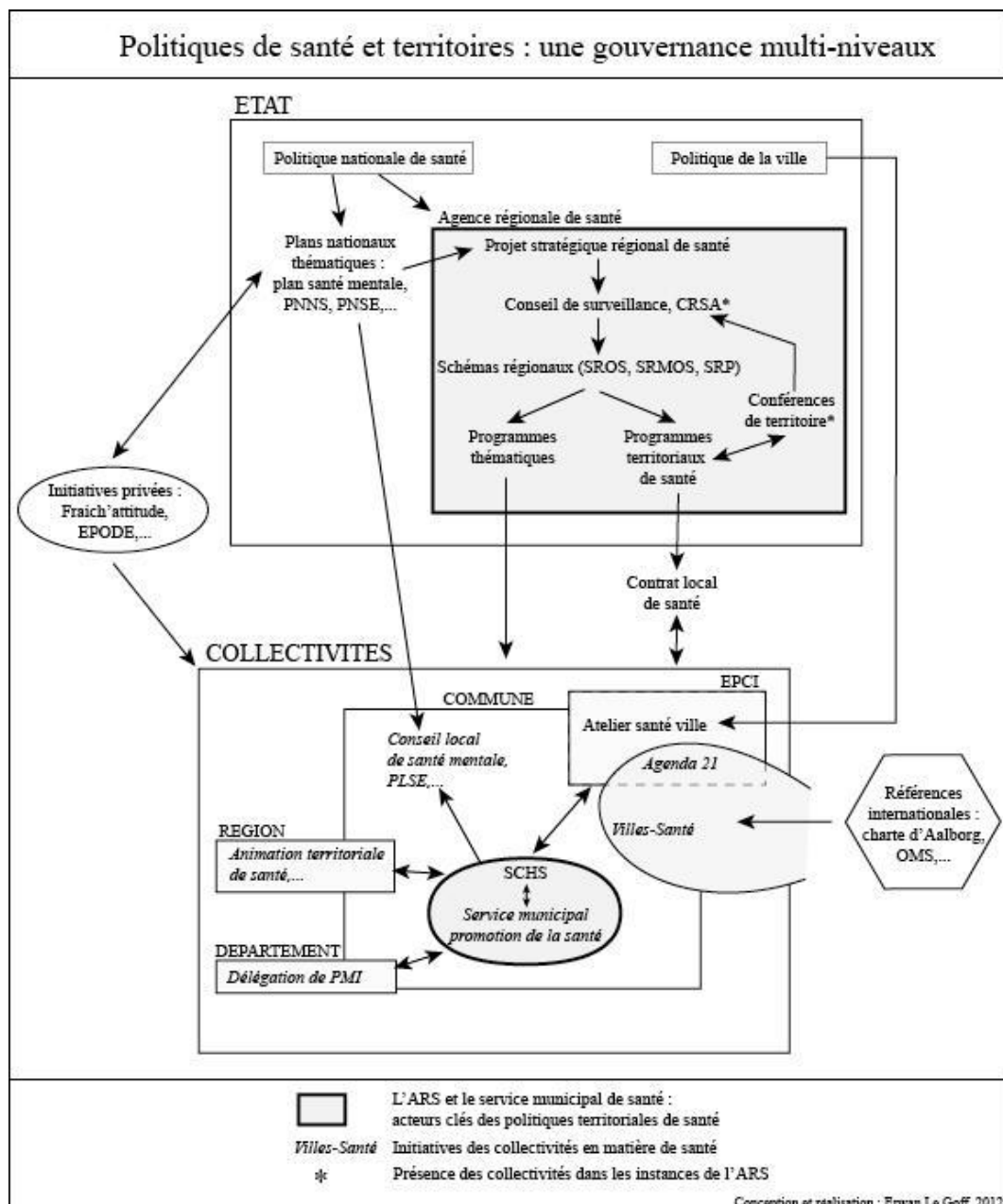


Carte 5 : Les dispositifs locaux de la santé en Ile-de-France



L'implication de l'Etat a conduit à une standardisation relativement importante des politiques locales de santé, dans la mesure où les SCHS et les ateliers santé ville sont la source de financements importants. Cette standardisation, constatée pour la plupart des politiques locales (Arnaud et al., 2006) laisse cependant la possibilité aux collectivités territoriales (communes, EPCI, conseils généraux et régionaux) d'élaborer des politiques locales innovantes, qui peuvent se surimposer, se renforcer mutuellement. Il est ainsi possible de considérer les politiques de santé publique selon une gouvernance multi-niveaux (cf. figure 4).

Figure 4 : Politiques de santé et territoires : une gouvernance multi-niveaux



2. Les conséquences de ces évolutions : des politiques à différentes échelles, des dispositifs en mille-feuilles concentrés à l'échelle locale

L'échelle nationale n'est pas la seule échelle d'appréhension de la politique de santé. La nécessité de la territorialiser est apparue au cours des années 1990 dans le domaine hospitalier, puis s'est élargie à l'ensemble des politiques de santé. Bien que la politique de santé soit définie à l'échelle nationale, elle est profondément territorialisée. L'échelon municipal est central : les politiques et les dispositifs créés à toutes les échelles (internationale, nationale, régionale, locale) s'y concentrent, conduisant de fait à une gouvernance multi-niveaux de la santé, composée de politiques nationales déclinées à l'échelle locale et d'initiatives propres aux collectivités.

2.1. Les politiques nationales déclinées localement, à caractère obligatoire ou normatif

Les ateliers santé ville constituent la déclinaison locale la plus connue et la plus implantée des politiques nationales ayant une approche spécifique de la santé. Ils ne représentent cependant qu'une partie des politiques nationales déclinées localement à caractère normatif ou obligatoire. La politique de santé est définie à l'échelle nationale, son application n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. La traduction territoriale de la politique nationale de santé a connu de profondes transformations avec la loi HPST : la présence du terme de territoire dans l'intitulé de la loi est le signe de l'importance accordée aux territoires. Si la commune est un échelon traditionnel de la santé publique, l'échelle régionale a été renforcée par la mise en place des ARS.

2.1.1. L'agence régionale de santé, traduction territoriale de la loi HPST

Historiquement, la santé est « sous administrée » (Pierru, 2011) au niveau régional. Selon F. Pierru (idem), cette faiblesse est due à plusieurs raisons : l'administration de la santé, relativement jeune par rapport aux autres corps de l'Etat, dit faire face à la concurrence de l'assurance-maladie. Les DDASS et les DRASS, créées en 1964 et 1977, sont placées

respectivement sous l'autorité du préfet de département et du préfet de région, sans lien entre ces deux échelons. L'affirmation du département comme chef de file de l'action médico-sociale par la loi de décentralisation de 1982 vient compliquer l'organisation sanitaire territoriale. La loi HPST bouleverse l'organisation territoriale des services de l'Etat, chargés de la santé ; regroupés dans des agences régionales de santé, mises en œuvre à partir du 1er avril 2010, soit moins d'un an après la loi. L'objectif n'était pas seulement la réorganisation des services mais également d'effectuer des économies, dans le cadre de la Révision générale des politiques publiques (RGPP).

Chaque agence régionale de santé rédige un plan stratégique régional de santé (PSRS) énumérant les priorités régionales de santé (évaluées par un diagnostic préalable), qui doivent également s'inscrire dans les priorités nationales. Les ARS sont liées à l'Etat par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) : les moyens attribués à chaque ARS sont définis en fonction des objectifs fixés. Le PSRS est rédigé par les services de l'ARS puis validé par la conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA) et le conseil de surveillance de l'ARS. Les CRSA constituent l'organe consultatif de l'ARS, représentant l'ensemble des acteurs de la santé. Ces derniers sont répartis dans huit collèges : les usagers de services de santé, les acteurs des politiques de santé, les collectivités territoriales, les conférences de territoire, les partenaires sociaux, etc. Les collectivités territoriales sont toutes représentées par l'intermédiaire d'élus (nommés par les associations d'élus) : communes, groupements de communes, conseils généraux, conseils régionaux. Les CRSA ont un avis consultatif. Lors d'une rencontre organisée par l'assemblée des communautés de France en février 2012²⁴, soit au moment de la remise des PSRS aux CRSA, plusieurs élus nommés dans une CRSA ont fait part du caractère très technique du document qui leur a été remis, voire incompréhensible. Cette complexité est relativement démobilisatrice, en particulier pour les élus qui ne sont pas issus du monde médical. La faible place des collectivités territoriales dans le processus de décision des ARS est l'illustration du rôle prédominant des services de l'Etat : loin de constituer un organe décentralisé marqué par une démocratie sanitaire, les ARS sont le signe du renforcement des services déconcentrés de l'Etat, jusqu'alors éparpillés et cloisonnés dans les Régions.

²⁴ Séminaire « santé et territoires », organisé par l'Assemblée des communautés de France, 7 février 2012.

Trois schémas régionaux, qui s'appliquent à l'ensemble du territoire régional, permettent de mettre en œuvre le PSRS. Le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) remplace les schémas régionaux d'organisation sanitaire (rédigé par les agences régionales d'hospitalisation, fusionnées dans les ARS), qui étaient exclusivement liés au système de soins (Loi hospitalière du 31 juillet 1991). Un volet ambulatoire s'ajoute à l'ancien SROS. Le schéma régional de l'organisation médico-sociale est quant à lui établi en concertation avec les conseils généraux, chefs de file de l'action sociale : il établit les besoins des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Enfin, le schéma de prévention fixe les orientations en matière de prévention et de promotion de la santé.

Les schémas sont déclinés en s'appuyant sur plusieurs « programmes » : programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), programme régional et interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), programme régional de gestion du risque (PRGDR), programme relatif au développement de la télémédecine et programmes territoriaux de santé. Ces derniers sont mis « en cohérence [...] avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique » par les conférences de territoire (article L1434-17 du code de la santé publique). Les conférences de territoire disposent constituent l'un des huit collèges de la CRSA. La définition des périmètres des « territoires » de l'ARS varie d'une région à l'autre, comme l'ont montré Véronique Lucas-Gabrielli et Magali Coldefy (Lucas-Gabrielli, Coldefy, 2011). La troisième génération de SROS (2005-2010) s'appuyait sur un découpage en territoires, remanié avec la loi HPST : le nombre de territoires est passé de 159 à 107 sur l'ensemble du territoire. Dix Régions ont choisi le découpage départemental et quatre le regroupement de départements (*idem*), en particulier pour pouvoir adapter l'organisation médico-sociale aux périmètres des conseils généraux : « seules huit régions ont choisi des territoires de santé ne recoupant pas les limites départementales ou leur agrégation » (*idem*). La Bretagne a par exemple choisi la continuité en conservant huit territoires, représentant les anciens territoires du SROS 3, légèrement modifié. Il existe une complexité territoriale supplémentaire, liée à l'organisation territoriale administrative de l'ARS : l'ARS dispose de délégations territoriales, c'est-à-dire d'antennes départementales. Il s'agit principalement des anciennes DDASS.

Les contrats locaux de santé (CLS) font l'objet d'une seule ligne dans la loi HPST : « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements,

portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (Article L1434-17 du code de la santé publique). ». Le contrat local a pour objectif de rassembler l'ensemble des initiatives en matière de santé, notamment les ateliers santé ville et les actions financées par le groupement régional de santé (disparu avec la mise en place des ARS le 1^{er} avril 2010). Si la mise en place des CLS peut apparaître comme la prédominance de l'Etat sur les collectivités, les CLS sont dans les faits issus des collectivités.

Le premier contrat local de santé a été signé en juin 2010 à Marseille par l'ARS de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Ville de Marseille. Son préambule indique que « le territoire local, lieu privilégié de synergie opérationnelle entre les acteurs, favorisant la proximité et l'écoute du citoyen, est approprié au développement d'une politique de santé participative en direction de l'ensemble de la population. [...] Les initiatives prises localement prennent évidemment bien en compte les spécificités du territoire mais se réfèrent aussi aux priorités définies au niveau national et déclinées régionalement » (ARS PACA et al., 2010). Le second contrat a quant à lui été signé sous l'impulsion de plusieurs établissements hospitaliers de la Grande Thiérache en janvier 2011. Il comporte quatre axes : la réorganisation hospitalière, l'organisation des soins de santé de premiers recours, la mise en cohérence des projets de prévention et le dossier médical personnalisé. Le soin et la dimension hospitalière sont plus importants dans ce second contrat, signe que les contrats locaux de santé sont susceptibles d'avoir des contenus variables. Le périmètre d'un contrat local de santé est également variable : le second contrat local de santé porte sur un territoire relativement étendu (la Grande Thiérache est à cheval sur l'Aisne, le Nord et la Belgique) alors que le premier a pour périmètre les limites communales de Marseille. L'échelle « locale » du contrat n'est pas définie dans la loi HPST, permettant une relative souplesse. Le périmètre du contrat peut ainsi être communal, intercommunal,... La loi n'indique pas si l'ensemble du territoire national a vocation à être entièrement couvert par des contrats locaux de santé : la question des disparités territoriales n'est pas réglée par les contrats locaux de santé. De plus, ceux-ci sont d'abord signés par des groupes d'acteurs déjà mobilisés depuis plusieurs années, comme cela a été le cas pour les bureaux municipaux d'hygiène ou les ateliers santé ville.

Début 2012, l'état d'avancement des CLS est hétérogène ; seule l'Île-de-France s'est clairement engagée dans la mise en place de contrats locaux de santé (vingt contrats ont été

signés en 2011, et 70 sont en cours d'élaboration début 2012, principalement en Seine-Saint-Denis)²⁵. Les autres ARS ont des ambitions beaucoup plus limitées (trois ou quatre CLS signés par an). La logique de diffusion des CLS est identique à celle qui a prévalu lors de la mise en place des ASV au début des années 2000. Les premières municipalités signataires d'un CLS sont celles qui ont déjà élaboré une politique locale de santé de longue date, à l'image de Saint-Denis, première commune signataire d'un CLS en Seine-Saint-Denis²⁶. Il existe donc un effet cumulatif important, les ARS étant plutôt dans l'attente de projets montés par les collectivités plutôt que d'imposer des CLS. La mise en place des CLS n'est pas la priorité de l'ARS de Lorraine, qui concentre ses efforts sur la réorganisation des soins hospitaliers de la région. Quelques villes lorraines (dont Longwy, Ville-Santé depuis 2011) ont cependant entamé la démarche de leur propre chef.

Les CLS s'appuient sur les expériences préexistantes, dont les ASV. Les CLS ont fait des objectifs similaires aux ASV : prévention, promotion de la santé, réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le premier CLS, signé à Marseille dès le mois de juin 2010, est ainsi le prolongement et le renforcement des ASV déjà mis en place. L'articulation entre le CLS et l'ASV est encore à déterminer : en effet, si l'ASV est un support financier pour les municipalités, le CLS n'apporte pas de moyens supplémentaires et se limite à une convention signée par les acteurs, sous l'autorité du préfet. Les Contrats urbains de cohésion sociale étant prolongés jusqu'en 2014 afin de faire coïncider leur échéance avec le calendrier électoral (élections municipales de 2014), les ASV sont assurés d'exister jusqu'à cette date, en parallèle des CLS. Deux scénarios sont envisageables après 2014 : le *statu quo* ou la disparition des ASV au profit d'un renforcement des CLS. La disparition des CLS au profit des ASV semble relativement peu probable.

2.1.2. Les plans nationaux thématiques : traduction des priorités nationales du ministère de la santé

L'Etat met en place depuis les années 2000 plusieurs plans nationaux thématiques, en fonction des priorités politiques fixées en matière de santé publique : ils « constituent des modes d'organisation des actions menées en vue d'atteindre les objectifs pluriannuels fixés par la loi de santé publique » (*Santé publique*, 2004). Ces programmes sont intégrés par les

²⁵ *idem*.

²⁶ <http://www.lejsd.com/index.php?s=21&r=11694>

agences régionales de santé, mais peuvent également être appropriés par les collectivités territoriales. En effet, certains programmes peuvent faire l'objet d'une territorialisation à géométrie variable. Alors que des programmes comme le PNNS intègrent les collectivités dans leur élaboration, certains plans comme le PNSE relèvent d'une démarche plus descendante. Il existe également une situation intermédiaire, à l'image du plan de psychiatrie et de santé mentale, qui incite mollement les municipalités à décliner localement les priorités nationales. Ainsi, « de la conception du pilotage national dépend le degré de territorialisation de la politique de santé » (Pierru, *idem*, p.82).

Le programme national nutrition santé (PNNS) est l'un des plans qui est le plus fréquemment utilisé par les municipalités. Ce programme a été lancé en 2001 afin d'améliorer l'état de santé de la population française en agissant sur la nutrition et la diminution de l'obésité. Renouvelé en 2006 et en 2011, le PNNS est relayé par l'association Loi 1901 « Défi nutrition santé », qui anime le réseau des « villes actives du PNNS ». Les collectivités sont incitées à participer au PNNS²⁷ et à s'organiser à l'échelle régionale. Parmi les collectivités territoriales, les municipalités sont les plus représentées : début 2012, environ 280 communes sont adhérentes, 12 communautés de communes et six départements. Le PNNS permet de soutenir financièrement les actions des collectivités territoriales.

Le plan national de santé environnementale a quant à lui été lancé en 2004 (un second PNSE a débuté en 2009). Le PNSE a un vaste champ d'action, fixé par la loi de santé publique du 9 août 2004 (article L1311-6 du code de santé publique) : « un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement est élaboré tous les cinq ans. Ce plan prend notamment en compte les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu de travail, ainsi que ceux des événements météorologiques extrêmes. ». Les préfets de Région ont l'obligation d'établir une déclinaison régionale du PNSE, en rassemblant l'ensemble des acteurs, y compris les collectivités territoriales. La création des ARS, postérieure à la rédaction de la seconde vague de plans régionaux de santé, n'a pas fait évoluer le PNSE vers une démarche plus ascendante. Contrairement au PNNS, les collectivités ne sont pas sollicitées pour réaliser une déclinaison locale du plan ou du programme. Si les priorités des PRSE peuvent être

²⁷ PNNS 2011-2015, disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

intégrées dans les politiques locales, les plans locaux de santé environnementale restent des initiatives isolées.

Le premier plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008) développe les conseils locaux de santé mentale, dont la création avait été encouragée dès 1972²⁸. Les conseils locaux de santé mentale sont des instances de concertation de l'ensemble des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale à l'échelle locale. Ils sont mis en place à l'initiative des municipalités (Rhenter, 2011) : en 2011, environ cinquante conseils locaux étaient mis en place, selon des périmètres variables (arrondissement, municipalité, secteur psychiatrique,...). Le plan national est peu incitatif : la création d'un conseil local de santé mentale dépend avant tout d'une volonté politique locale. La municipalité est majoritairement l'acteur principal de cette création, car elle est considérée comme « neutre » par les autres acteurs de la santé mentale (*idem*).

L'espace politique de la santé publique n'est pas limité aux relations entre l'Etat (et à sa territorialisation régionale) et les municipalités. Il est également construit par un ensemble d'acteurs publics (autres collectivités, établissements publics,...) voire privés, dont les actions ont une traduction territoriale concrète à l'échelle locale.

2.2. Les initiatives des collectivités

Les initiatives des collectivités en matière de santé, en dehors des obligations réglementaires ou normatives, sont de deux types. Les municipalités s'appuient régulièrement sur des initiatives d'établissements publics (INCa,...) ou d'acteurs privés afin de développer leurs politiques locales. En effet, elles constituent un point de départ : les actions ponctuelles permettent d'enclencher une dynamique locale, en s'appuyant sur une expertise extérieure. De plus, la plupart des collectivités territoriales sont montées en compétence dans le domaine de la santé. Désormais, chaque collectivité peut avoir un rôle, accentuant davantage la complexité de l'espace politique de la santé.

²⁸ Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972.

2.2.1. L'expertise publique ou privée, support des initiatives locales

Certaines actions sont couramment mises en place par les municipalités, dans le cadre d'événements ponctuels. Elles sont issues d'initiatives privées ou d'établissements publics : Octobre rose, Fraich attitude et EPODE. « Octobre rose » est une campagne d'informations organisée, par l'Institut national du cancer (INCa), l'Assurance maladie et le ministère de la santé. Depuis 2004, le mois d'octobre est consacrée à la diffusion d'informations afin d'encourager les femmes à effectuer un dépistage du cancer du sein. Les municipalités constituent des relais importants de cette campagne nationale de prévention.

Une semaine par an, certaines municipalités organisent la « Fraich'attitude ». C'est le cas de Longwy ou de Quimper, qui s'appuient sur ce type d'événements pour démarrer une politique locale de santé axée sur la prévention. La Fraich'attitude a pour objectif de promouvoir la consommation de fruits et de légumes frais. A l'origine (2005), la Fraich'attitude a été lancée par INTERFEL, l'interprofession des fruits et légumes frais : malgré une démarche relativement intéressée (promotion d'un produit), les municipalités s'en sont emparées, laissant de côté l'aspect économique pour concentrer leur communication sur la prévention de la santé.

En 1992, les communes de Fleurbaix et de Laventie (Nord-Pas-de-Calais) ont été l'objet de recherches sur l'obésité infantile, et de particulier sur l'impact de l'information nutritionnelle sur la prévalence de l'obésité. « Fleurbaix Laventie Ville Santé » était un programme de recherche qui réunissait des acteurs locaux de la santé (médecins, nutritionnistes,...), des municipalités, des enseignants, des chercheurs (INSERM, Institut Pasteur,...) et des entreprises. Le programme EPODE²⁹ (« Ensemble, prévenons l'obésité infantile »), coordonné par une agence, a réuni dix villes pilotes en 2004 à partir de l'expérience « Fleurbaix Laventie Ville Santé ». Ce projet fonctionne à trois échelles : échelle nationale, en lien avec le plan national nutrition santé, à l'échelle familiale, mais également à l'échelle des municipalités. En 2010, environ 250 municipalités participent à ce programme, qui s'est diffusé à l'échelle européenne³⁰, avec le soutien de l'Union Européenne et d'entreprises agro-alimentaires (Ferrero, Nestlé, Mars Inc., Orangina Schweppes).

²⁹ <http://www.epode.preprod.proteines-digital.net>

³⁰ <http://www.epode-european-network.com/>

2.2.2. L'élargissement de l'espace politique de la santé à tous les échelons

Le service communal d'hygiène et de santé est régulièrement complété par des chargés de mission ou un service dédié tourné vers la santé des habitants, guidé par la prévention et la promotion de la santé. Ainsi, les actions héritées de l'hygiénisme du XIX^{ème} siècle, qui améliorent le cadre de vie des habitants, sont complétées par des actions plus spécifiquement tournées vers les habitants. Issus d'une volonté politique, ces services sont à géométrie variable. Dans certains cas, il ne s'agit pas d'un service à part entière mais d'une personne chargée de mission dans la santé publique (cas de Quimper). Le chargé de mission est une personne ressource, qui coordonne ou impulse la politique locale de santé. La gestion des ateliers santé ville peut être attribuée à ce service, qui mène également des actions propres à la municipalité.

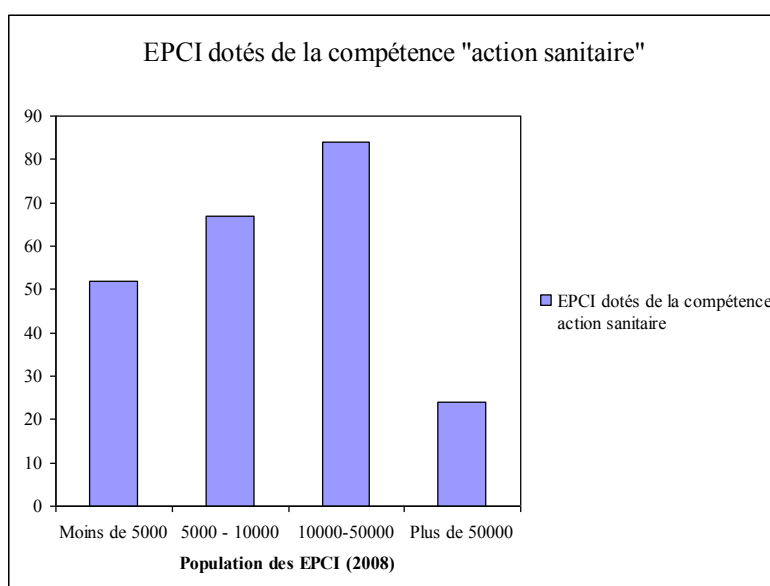
La mutualisation des services des communes et des EPCI afin d'effectuer des économies d'échelle reste encore à géométrie variable, depuis qu'elle est possible (loi liberté et responsabilité locale, loi du 13 août 2004). La loi LRL a étendu à l'ensemble des EPCI à fiscalité propre le régime de mise à disposition de services. La commune peut donc, par dérogation à la règle selon laquelle les transferts de compétences s'accompagnent des transferts du service et du personnel correspondants, conserver son service et le mettre à disposition de l'EPCI. Les services administratifs ou techniques (service communication, financier, RH,...) propres à la gestion de la collectivité sont les premiers à être mutualisés. Les compétences proches des communes et des EPCI (urbanisme, aménagement, logement) constituent une seconde part des services qui sont mutualisés assez facilement. Les compétences des communes les moins mutualisées relèvent de l'action sociale, bien que certains centres communaux d'action sociale ont été étendus à l'échelle intercommunale dans le cadre de l'article 60 de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 qui autorise les ECPCI à se doter de la compétence optionnelle « action sociale d'intérêt communautaire ». Depuis la loi du 13 août 2004, les groupements de communes peuvent se doter de la compétence optionnelle d'action sanitaire : elles ont la possibilité d'exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles.

Les EPCI qui se sont dotés de la compétence d'action sanitaire sont principalement des petites communautés de communes. Plus de la moitié des EPCI ont moins de 10 000

habitants, dont 52 ont moins de 5 000 habitants. L'action sanitaire est couplée à la compétence action sociale. Ainsi, il est difficile de déterminer quels EPCI effectuent plutôt des actions sociales (mise en place d'un CIAS, de portage de repas à domicile,...) ou des actions sanitaires. La création de maisons de santé, regroupant les professionnels de santé, peut être issue de l'initiative d'une communauté de communes, en particulier en zone rurale. Vingt et une communautés d'agglomération et trois communautés urbaines se sont dotées de la compétence santé. Parmi elles, on retrouve des EPCI dont les villes-centres sont particulièrement investies dans les politiques de santé : Rouen, Montpellier, Nancy, le Havre, Lorient, Saint-Quentin en Yvelines,... La communauté urbaine de Strasbourg a créé une délégation santé en 2008 et a mutualisé le service santé à l'échelle de la communauté urbaine. La présence d'ateliers santé ville dans plusieurs communes et pas seulement dans la ville centre de l'agglomération peut aussi conduire le groupement de communes à s'attribuer la compétence d'action sanitaire. Ceci explique que le réseau des Villes-Santé compte trois communautés urbaines parmi ses 80 membres : Dunkerque, Nancy et Saint-Quentin en Yvelines.

Les municipalités et les intercommunalités ne sont pas les seuls échelons qui se préoccupent de la santé. Le Conseil général, chef de file de l'action médico-sociale depuis 2004, peut déléguer certaines de ses compétences aux municipalités, en particulier la gestion de la protection maternelle et infantile. L'article L. 121-6 du Code de l'action sociale et des familles stipule que « par convention passée avec le département, une commune peut exercer directement les compétences qui, dans le domaine de l'action sociale, sont attribuées au département en vertu de l'article L. 121-1. Les services départementaux correspondants sont mis à la disposition de la commune. La convention précise les conditions financières du transfert. ». De fait, certaines communes ont passé des conventions de délégation avec le Conseil général. C'est le cas de Strasbourg ou Rennes (cette dernière dispose d'un service municipal « santé enfance »). La convention peut ne pas être renouvelée : les compétences déléguées à la commune reviennent alors dans le giron du département (cas d'Aubervilliers en 2011).

Graphique 2 : Les EPCI dotés de la compétence action sanitaire



Source : Base nationale sur l'intercommunalité (BANATIC), DGCL, 2011

Les Conseils régionaux ont entamé une réflexion sur les politiques de santé, bien que celle-ci ne relève pas de leurs compétences. La loi de santé publique du 9 août 2004 puis la loi relative aux responsabilités et libertés locales du 13 août 2004 ont conféré aux Conseils régionaux leurs premières compétences en matière de santé (respectivement la possibilité d'établir une politique régionale de santé et la gestion des formations sanitaires et sociales). En conséquence, certains conseils régionaux se sont dotés d'un budget dédié à la santé (le Poitou-Charentes dès 2005 par exemple) et d'une politique de santé. La Région Bretagne a mis en place l'animation territoriale de santé : sept animatrices territoriales de santé, réparties dans six Pays et une ville (Rennes) sont chargées de la prévention et de la promotion de la santé. Le Conseil économique et social de Bretagne s'est également autosaisi et a engagé en 2009-2010 une étude sur l'activité physique et sportive dans la Région, en établissant un diagnostic et des préconisations³¹.

Les référentiels nationaux ne sont pas les seuls qui influencent les politiques locales de santé. Outre le mouvement des Villes-Santé, la démarche d'agenda 21 local peut également inclure un volet santé. Les agendas 21 locaux sont issus d'un Agenda 21 mondial adopté au cours du sommet de la terre à Rio en 1992, renforcé par la charte d'Aalborg pour des villes

³¹ CESER Bretagne, *A vos marques, prêts, bougez ! En avant pour une région active et sportive*, mars 2010, 776p. Disponible à l'adresse : http://www.bretagne.fr/internet/jcms/preprod_67911/a-vos-marques-prets-bougez-en-avant-pour-une-region-active-et-sportive-2010

européennes durables. Cependant, « la plus-value de la démarche agenda 21 pour une politique locale de santé reste à développer »³². Selon l'observatoire des agendas 21³³, la santé est présente dans 51% des agendas 21 locaux (toutes collectivités confondues), en partie liée à la santé environnementale et aux objectifs des PNSE ou PRSE. Certaines collectivités ont un volet spécifique dédié à la santé (Lille,...), d'autres disséminent la santé dans les autres volets des agendas 21 : environnement, transports,... En Ile-de-France³⁴, les agendas 21 comportent quatre orientations en matière de santé :

- la connaissance des déterminants de la santé ;
- la participation des acteurs et de la population ;
- la réduction des inégalités concernant les conditions de vie, de travail, l'accès à des soins et à l'information ;
- l'amélioration du cadre de vie.

L'histoire des politiques locales de santé depuis plus de cent ans montre que ces dernières ne peuvent pas simplement être analysées selon la dialectique classique « *top down / bottom up* » (politiques descendantes et ascendantes). Les relations entre les communes et l'Etat sont plus complexes. Un certain nombre de communes ont été à l'origine de politiques locales de santé innovantes ; certaines communes, en particulier en Ile-de-France ont été pionnières à plusieurs moments, que ce soit dans la mise en place de bureaux municipaux d'hygiène, de dispensaires, d'adhésion au réseau des Villes-Santé, de mise en place des ASV (c'est le cas de Saint-Denis). La culture locale en santé des élus et des techniciens et sa transmission d'une génération à l'autre sont des facteurs déterminants de ces innovations. L'Etat a pu s'emparer de ces innovations et les diffuser à l'échelle nationale, avec un succès relatif dans le cas des bureaux municipaux d'hygiène, ou au contraire il les a peu encouragées (dispensaires). Depuis 2000 s'opère une certaine convergence entre les innovations locales et les politiques nationales territorialisées, à travers la mise en place des ateliers santé ville. Il ne faut cependant pas voir les récents contrats locaux de santé comme une politique de santé publique élaborée avant tout à l'échelle locale : l'Agence régionale de santé joue un rôle de régulateur en fixant les thématiques régionales de santé qui seront appliquées à l'échelle

³² PRAZNOCZY C., *Les volets santé des agendas 21, un levier pour les politiques locales de santé*. Rapport pour l'ORS Ile-de-France, juin 2011, 24 p. Disponible à l'adresse : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/RapportDynamiquesTerritoriales.pdf>

³³ http://www.observatoire-territoires-durables.org/IMG/pdf/dev_soc_enquete-obs-vf.pdf

³⁴ PRAZNOCZY C., *idem*.

locale, dans une approche de la santé plus intégrée que les politiques nationales territorialisées sectorielles. Ces dynamiques ne sont pas propres à la santé : les politiques de la petite enfance connaissent les mêmes évolutions (David, 2007). Tout l'enjeu est de faire coïncider sur le territoire local (commune, intercommunalité, Pays), territoire de la proximité, les dispositifs issus d'initiatives locales et de la territorialisation des politiques nationales, afin de mieux répondre aux besoins de tous les habitants, dans un souci d'équité sociale et spatiale à l'échelle nationale.

Les politiques de santé innovantes de certaines communes et la territorialisation des politiques nationales posent la question des inégalités de traitement entre territoires, à plusieurs échelles, de l'échelle du quartier à l'échelle nationale. Les ateliers santé ville, qui mettent l'accent sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville, n'ont pas vocation à être étendus à l'ensemble de la ville. La ville-centre est généralement plus innovante que son espace périurbain (le réseau des Villes-Santé est principalement constitué de villes-centres) ; la compétence santé est rarement étendue à l'échelle de l'agglomération. Les grandes villes sont également plus innovantes que les villes moyennes et les petites villes, grâce à des moyens humains et financiers plus importants. Enfin, les espaces ruraux sont relativement délaissés par les politiques locales de prévention et de promotion de la santé, malgré quelques initiatives locales à l'échelle des Pays, à l'image de l'animation territoriale de santé mise en place dans certains Pays bretons (Loncle, 2009) : la promotion de la santé a tendance à passer au second plan des politiques locales de santé lorsque la démographie médicale est critique. L'élaboration des politiques locales de santé depuis plus d'un siècle renvoie plus largement à un dilemme récurrent en aménagement du territoire, entre le renforcement des territoires les plus innovants (bureaux municipaux d'hygiène) ou les plus défavorisés grâce à des politiques spécifiques (ateliers santé ville par exemple) et l'établissement d'une seule politique nationale déclinée à différentes échelles sur l'ensemble du territoire (projets régionaux de santé, programmes territoriaux de santé, contrats locaux de santé définis par la loi HPST).

La réforme des collectivités territoriales de décembre 2010 est susceptible de modifier cette situation. Les politiques locales de santé sont principalement menées par des villes moyennes et des grandes villes, intégrées dans un EPCI. La création des métropoles est susceptible de diminuer les compétences des communes qui en font partie. Certains EPCI, à l'image de Strasbourg, Dunkerque ou Nancy, ont déjà intégré la santé dans leur champ d'activités, par l'intermédiaire de la politique de la ville, lorsqu'elle est gérée à l'échelle

intercommunale. La réduction des dépenses publiques peut également être à l'origine d'un scénario plus critique : la révision générale des politiques publiques, lancée en 2007, a concerné les services de l'Etat. La mise en place d'une telle réforme pour les collectivités est susceptible de conduire à un recentrage de ces dernières sur leurs compétences obligatoires et à la disparition progressive des initiatives locales en matière de santé.

Chapitre 3. Les Villes-Santé bretonnes comme laboratoire pour l'étude de la mise en œuvre des politiques locales de santé

L'article 1 de la constitution de l'OMS³⁵, rédigée dans l'immédiat après-guerre, fixe le but de l'organisation : « [...] *amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible* ». Cet objectif, que certains qualifieraient d'utopique, guide néanmoins l'ensemble des actions de l'organisation. Le développement de la « nouvelle santé publique » dans les années 1980 (cf. chapitre précédent), fondée sur la prévention et la promotion de la santé, a contribué à faire émerger de nouvelles politiques de santé prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé et plus seulement la lutte contre les maladies ou la réorganisation des systèmes de soins. Le programme des Villes-Santé s'inscrit dans ce contexte spécifique, symbolisé par la charte internationale pour la promotion de la santé, dite charte d'Ottawa, signée en 1986 par les Etats membres de l'OMS. Ce programme considère que la ville est l'échelle la plus pertinente pour la mise en place d'actions en faveur de la promotion de la santé.

A la fin de l'année 2011, le réseau français des Villes-Santé compte 80 villes dispersées sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultramarin. Le cadre régional est, depuis le contexte de régionalisation amorcée dans les années 1990 (création des agences régionales d'hospitalisation, des schémas régionaux de l'organisation sanitaire,...) le principal cadre de gestion et de réflexion sur la mise en œuvre des politiques de santé définies à l'échelle nationale, bien que la territorialisation de la santé ait conduit à une multitude de « territoires de santé » d'échelles différentes (Amat-Roze, 2011). La régionalisation des politiques de santé, qui dissimule de fait une concentration des politiques de santé à l'échelle régionale, permet d'analyser les Villes-Santé dans un cadre de régulation homogène.

³⁵ Constitution de l'OMS disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

L'échelle de la commune est quant à elle pertinente pour l'analyse de la diversité des formes de mises en œuvre des politiques nationales puisque c'est à ce niveau qu'elles rencontrent des initiatives locales : « le territoire communal est [...] reconnu comme une bonne échelle pour mesurer les disparités socioterritoriales de santé, leurs déterminants, mobiliser les acteurs (municipaux, professionnels de santé, associations, habitants), ajuster les réponses et, *in fine*, articuler la santé aux autres politiques municipales » (Amat-Roze, 2011).

Le terrain d'étude principal de cette recherche est constitué par les Villes-Santé de la Région Bretagne. Celle-ci représente un cadre d'étude privilégié pour analyser les politiques locales de santé menées par les Villes-Santé. En effet, la ville de Rennes, première Ville-Santé française, a été le foyer de diffusion du réseau national, rapidement suivie par Saint-Brieuc et Lorient dès 1990. Brest puis Quimper ont rejoint le réseau respectivement en 1994 et en 2009. Cinq des sept plus grandes villes de la Région font ainsi partie du réseau des Villes-Santé³⁶. La Région Bretagne a également été choisie pour la diversité de ses ressources documentaires, en particulier à Rennes. La ville de Rennes accueille le centre collaborateur des Villes-Santé francophones. Une partie du réseau national des Villes-Santé est hébergé à l'Ecole des hautes études en santé publique à Rennes, notamment la chargée de mission et le secrétariat du réseau. Ceci a favorisé les contacts avec les Villes-Santé et permis l'accès à une riche documentation, en particulier aux archives du réseau depuis sa création. La recherche s'appuie en partie sur cette documentation et sur un questionnaire et des entretiens semi-directifs auprès des responsables de la santé dans les Villes-Santé (élus, techniciens).

1. Le programme des Villes-Santé : la mise en place d'un réseau de villes investies dans la promotion de la santé

Le programme des Villes-Santé s'inscrit dans l'évolution des politiques de l'OMS depuis sa création le 7 avril 1948. La prévention puis la promotion de la santé sont devenues des axes importants de la politique de l'OMS au cours des années 1980, après une période de politiques marquées par la volonté d'éradiquer les maladies infectieuses puis par le soutien à

³⁶ Les deux villes restantes sont Vannes et Saint-Malo.

la réorganisation des systèmes de soins, en particulier dans les pays en développement. Il s'agit ici de présenter le réseau des Villes-Santé au regard des objectifs de l'OMS et de son influence internationale depuis sa création. Le programme des Villes-Santé, initié par le bureau européen de l'OMS, est l'illustration du changement de paradigme de l'OMS au cours des années 1980, et plus largement du développement de la « nouvelle santé publique » évoqué dans le chapitre précédent.

1.1. L'OMS, entre prévention et la promotion de la santé et lutte contre les maladies

L'OMS, agence de l'Organisation des nations unies en charge de la santé, compte 194 membres en 2011. Depuis sa création en 1948 (elle comptait alors vingt-six Etats membres), l'organisation a connu de profondes évolutions, tant à cause des évolutions des problématiques mondiales de santé publique que de l'importance que les Etats membres ont bien voulu lui accorder. La santé publique reste encore aujourd'hui avant tout un domaine réservé des Etats.

1.1.1. L'OMS : évolution de son rôle dans une gouvernance mondiale de la santé et de ses politiques menées

L'OMS n'est pas la première organisation publique supra-nationale en charge de la santé à avoir été créée. La Société des Nations s'était dotée d'un comité provisoire sur la santé, composé en partie d'une autre organisation internationale, l'Office international d'hygiène publique créé en 1907 (OIHP). L'Organisation d'hygiène de la SDN devait remplir plusieurs missions, qui seront aussi celles de l'OMS : faciliter la coopération internationale dans la lutte contre les maladies, permettre les échanges d'expériences entre les pays membres, ceci sans se substituer aux États Nations (Paillette, 2010). Une troisième organisation internationale en charge de la santé existait sur le continent américain : l'Organisation panaméricaine de la santé, qui deviendra le bureau américain de l'OMS après la Seconde guerre mondiale.

Les politiques menées par l'OMS ont évolué depuis sa création. Plusieurs auteurs (Beigbeder, 1995 ; Deveaud, 1997) distinguent ainsi différentes périodes, qui permettent d'expliquer pourquoi le programme des Villes-Santé a pu émerger au cours des années 1980. Les vingt premières années de l'OMS sont principalement consacrées à des programmes ponctuels, en particulier dans les pays en développement : « Dominée alors par le corps médical, l'Organisation travaille beaucoup sur le terrain. [A la fin des années 1960], son approche est essentiellement biomédicale. Son programme d'éradication de la variole majeure est d'ailleurs couronné de succès » (Deveaud, 1997, p.34). La lutte contre les maladies, la formation de médecins, l'hygiène et l'assainissement constituent une grande partie des actions de l'OMS.

Signée à Alma-Ata lors de la conférence sur les soins de santé primaire en 1978, la déclaration « La Santé pour tous » constitue un tournant dans les politiques menées par l'OMS. L'approche hygiéniste et biomédicale est supplantée par une approche tournée vers la prévention des maladies : la maladie n'est plus seulement pensée comme une affaire de médecins. L'article 1 de la déclaration met en exergue cette évolution : « La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé. »³⁷. Les principes mis en avant par la Santé pour Tous peuvent être regroupés en plusieurs catégories : l'égalité sanitaire (article 2), la participation de la population (article 4), l'accès aux techniques pour tous (article 6), mais surtout la mise en avant de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi que le rôle des conditions socio-économiques et culturelles dans l'état de santé des habitants (articles 6 et 7). La conception holiste de la santé, bien qu'elle soit écrite dans la constitution de 1948, n'est ainsi véritablement développée qu'à partir de la déclaration d'Alma-Ata, et surtout depuis la Charte internationale pour la promotion de la santé (Charte d'Ottawa) en 1986. L'accent des actions politiques est porté sur la modification des comportements à risque (prévention primaire, fondée sur l'éducation à la santé) et non plus sur le traitement des maladies.

³⁷ Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, disponible à l'adresse : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

Dans les années 1980, le rôle de l'OMS est de plus en plus contesté par les États membres. Les États donateurs souhaitent contrôler davantage les politiques mises en place par l'organisation. C'est à cette époque que se développent les « programmes spéciaux » : « pour les pays donateurs, l'intérêt est double : cela leur permet de choisir eux-mêmes des programmes spécifiques ; ces contributions extra-budgétaires échappent au contrôle du directeur général de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la santé » (Deveaud, *idem*, p.41). L'OMS est marginalisée en tant qu'institution mondiale, notamment au profit de la Banque mondiale, qui finance directement les projets de santé des pays en développement (mise en place d'infrastructures sanitaires...). Les objectifs de la Santé pour Tous rédigés au début des années 1980 se sont révélés assez vite irréalisables : considérés comme trop généraux, voire utopistes, ils ne correspondent pas aux réalités sanitaires, notamment pour les pays en développement. A partir des années 1990 (création en 1996 de la Division des maladies transmissibles), et surtout depuis les années 2000, l'OMS a retrouvé du crédit auprès de ses États membres grâce à la gestion de pandémies, qui nécessitaient une coordination mondiale des efforts de lutte contre la maladie (épidémie du SRAS, de la grippe aviaire...) : l'adoption du Règlement sanitaire international en 2005, appliqué depuis 2007, encourage les États membres à surveiller et à alerter l'OMS en cas d'épidémie ou de pandémie. L'organisation a recentré ses missions sur la lutte contre les maladies et la gestion de crise à l'échelle mondiale, soit des missions éloignées de la Santé pour tous.

Encadré 3 : Le renouveau de l'OMS par la gestion des pandémies : la gestion du risque au détriment du bien-être mondial?

L'OMS n'a retrouvé son rôle mondial que lors de l'apparition de la grippe aviaire (H5N1) en 2009. Le règlement sanitaire international (RSI), signé par les États membres de l'OMS en 2005, est entré en application en 2007. Il oblige les États à informer l'OMS de toute présence de maladie infectieuse : choléra, fièvre du virus Ebola, mais aussi le SRAS, la grippe aviaire,... En cas de détection d'une maladie pouvant avoir un impact international, les États ont l'obligation d'entrer en relation avec l'OMS « pour partager les informations, évaluer les risques et recommander et mettre en œuvre des mesures de santé publique »³⁸. La gestion du risque de pandémie par l'OMS au détriment de la réduction des inégalités de santé est le signe d'une évolution des politiques de l'organisation, sous l'influence de ses États

³⁸ OMS, *Règlement sanitaire international. Domaines de travail pour la mise en œuvre du règlement*, 2007. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/ihr/final_versionFR9Nov07.pdf

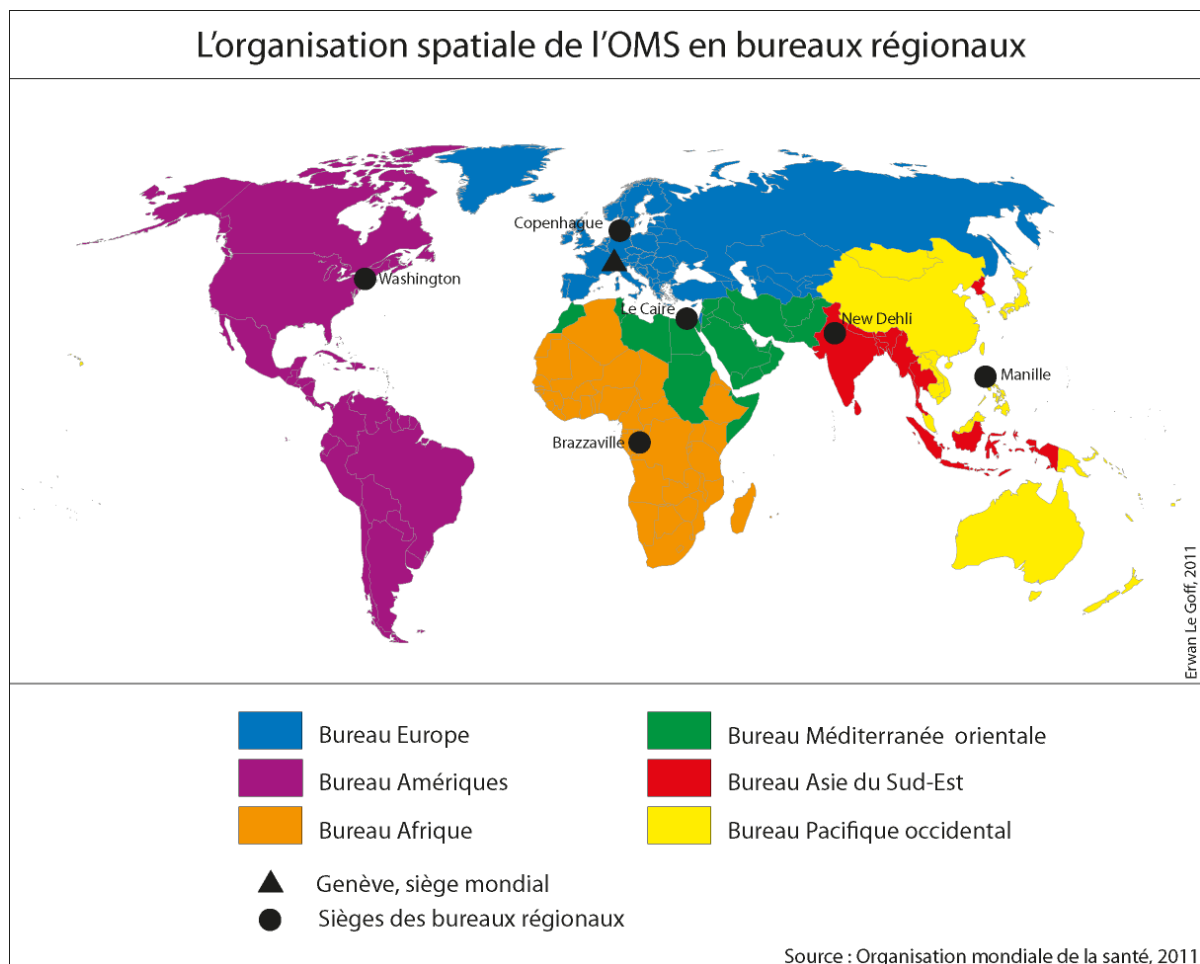
membres. Le programme de l'OMS³⁹ s'appuie sur deux « objectifs sanitaires » : « promouvoir le développement » et « favoriser la sécurité sanitaire ». Au regard de l'évolution récente, on peut penser qu'à l'avenir l'OMS tendra à favoriser le second objectif et ainsi à être limitée au rôle de centre de crise en cas de nouvelle pandémie au détriment d'une politique mondiale de santé. L'urgence est devenue une catégorie d'action de plus en plus prégnante, non seulement pour l'OMS mais également pour d'autres acteurs, comme l'a montré la gestion de la canicule de 2003 par les autorités françaises (Séchet, 2004).

1.1.2. L'organisation territoriale de l'OMS : entre mondialisation et régionalisation

L'organisation territoriale de l'OMS est semblable à celle des firmes multinationales, qui possèdent un siège régional dans chaque grand pôle économique mondial, voire un siège par continent. Chaque continent dispose d'un « bureau régional ». Le bureau Amérique (siège régional situé à Washington DC) est le successeur de l'organisation panaméricaine de la santé. Copenhague est le siège du bureau européen, dont les limites s'étendent à la Russie, à l'Asie centrale et la Turquie. L'Asie est partagée en deux bureaux dont l'espace n'est pas continu : Pacifique occidental (Chine, Japon, Corée du Sud, Australie,...) et Asie du Sud-Est (Inde, Bangladesh, Indonésie, Corée du Nord). Le bureau Est-méditerranéen correspond aux pays du Proche-Orient et du Moyen-Orient, ainsi que le Maroc et la Somalie. L'organisation territoriale mêle des considérations pragmatiques (bureau américain) ou plus politiques (cas de la Corée du Nord).

³⁹<http://www.who.int/about/agenda/fr/index.html>

Carte 6 : L'organisation spatiale de l'OMS en bureaux régionaux



La distinction entre programmes généraux et programmes spéciaux a des conséquences sur l'organisation interne des bureaux régionaux de l'OMS. Ainsi, le bureau européen de l'OMS est constitué de quatre « divisions » qui correspondent aux programmes généraux : division des systèmes de santé et de la santé publique, division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé, division des maladies transmissibles, division de l'information, de la recherche et de l'innovation. Le programme des Villes-Santé est inscrit dans une cinquième division qui dépend directement du directeur régional de l'OMS : la division des programmes stratégiques et interdisciplinaires et des projets spéciaux. Il ne dépend pas des grandes orientations politiques de l'OMS mais de celles qui sont propres au bureau régional. Le programme des Villes-Santé comporte donc des différences importantes selon les bureaux régionaux, en fonction des priorités sanitaires de chaque région.

1.2. Le programme des Villes-Santé : un programme spécial du bureau européen de l'OMS

Le Programme Villes-Santé a été lancé par le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé suite à la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986. La charte d'Ottawa « *inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé* »⁴⁰. Les Villes-Santé s'appuient sur un ensemble de textes de référence dont la charte d'Ottawa fait partie. Elles doivent mettre en œuvre les différents principes prônés par ces textes : les Villes-Santé s'engageraient donc à généraliser la prise en considération de l'amélioration de la santé dans toutes les politiques sectorielles. La transversalité n'est pas spécifique au programme des Villes-Santé : les concepts de ville durable, de ville éducatrice, etc. s'appuient sur les mêmes paradigmes et les mêmes principes de gouvernance, étant donné que certaines références, telles que la Charte d'Aalborg, leur sont communes.

1.2.1. Les référentiels du programme des Villes-Santé

Le programme des Villes-Santé s'appuie sur plusieurs textes de référence rédigés dans les années 1980 et au début des années 1990 (cf. tableau 1). Le programme des Villes-Santé repose sur la vision élargie de la santé telle qu'elle est développée en particulier dans la charte d'Ottawa. Le développement durable constitue également une référence importante des Villes-Santé. Les trois dimensions du développement durable sont présentes dans les critères d'une Ville-Santé : l'environnement, la société et l'économie. La question de la durabilité du modèle de la Ville-Santé est également présente. Bien que le principe « Penser globalement, agir localement », commun avec le développement durable n'ait pas été énoncé dès la création du programme, il s'applique dans les faits dans ce dernier. Il s'agit donc d'analyser les trois principales références du programme des Villes-Santé avant de voir comment il est concrètement mis en œuvre.

⁴⁰Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986. Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Tableau 1: Les textes de référence du programme des Villes-Santé

Déclarations internationales sur la santé	Conférences et déclarations internationales sur le développement durable	Déclarations des Villes-Santé européennes
1948 : Constitution de l'OMS 1978 : Déclaration d'Alma-Ata 1981 : La Santé pour tous (OMS) 1985 : Santé 21 (OMS Europe) 1986 : Charte d'Ottawa 2005 : Charte de Bangkok	1992 : Sommet de la Terre (Rio) 1994 : Charte d'Aalborg 2002 : Sommet mondial sur le développement durable (Johannesburg) 2004 : Aalborg +10	1990 : Déclaration de Milan 1998 : Déclaration d'Athènes 2003 : Déclaration de Belfast 2008 : Déclaration de Zagreb

1.2.1.1. La Santé pour tous : des objectifs ambitieux

La stratégie mondiale de la Santé pour tous ainsi que la Santé pour tous (Santé 21) sont les premiers textes sur lesquels s'appuie le programme des Villes-Santé, qui a pour objectif de mettre en œuvre ces deux textes à l'échelle locale. La stratégie mondiale de la santé pour tous a été signée par les États membres de l'OMS en 1981, dans la continuité de la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. La Santé pour tous « traduit la réalisation de l'objectif de l'OMS qui est 'd'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé'. Et cela veut dire qu'au minimum tous les habitants de tous les pays du monde devraient accéder au moins à un niveau de santé tels qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie »⁴¹. Afin de réaliser cet objectif ambitieux, les États devront développer et promouvoir leurs systèmes de santé, mobiliser leurs ressources, développer la coopération entre pays, entre secteurs de l'action politique (santé, économie, ...). Contrairement aux objectifs du millénaire pour le développement, aucun objectif n'est chiffré dans la stratégie mondiale de la santé pour Tous. Le paragraphe 37 de la stratégie définit ainsi dix « cibles sur le plan mondial » : « dans tous les pays, chaque individu aura au moins aisément accès aux soins de santé essentiels et aux services du premier échelon de recours », « des médicaments essentiels seront disponibles pour tous »,... Ces objectifs n'ont rien de contraignant pour les Etats. La Santé pour tous (ou Santé 21) est quant à elle la traduction de la stratégie mondiale à l'échelle du bureau européen de l'OMS. Elle en reprend les principaux objectifs : « promouvoir et

⁴¹Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, 1981, OMS, p.13. Disponible à l'adresse : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800031.pdf>

protéger la santé des individus tout au long de leur vie et réduire l'incidence des principales maladies et des principaux traumatismes et souffrances qui en résultent »⁴².

1.2.1.2. Les chartes internationales pour la promotion de la santé : charte d'Ottawa (1986) et charte de Bangkok (2005)

La charte d'Ottawa est le principal texte de référence des programmes des Villes-Santé, et plus généralement des programmes de promotion de la santé. Elle affirme que « *la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire [mais] dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être* ». La conception holiste de la santé, telle qu'elle est inscrite dans la Constitution de l'OMS, constitue le fondement de la Charte. La charte incite à promouvoir la santé en s'appuyant sur cinq principes :

- « *Élaborer une politique publique saine* ». Les politiques publiques susceptibles d'agir sur l'état de santé d'une population ne se limitent pas aux politiques de santé. Les politiques économiques, environnementales, etc. doivent prendre en compte la santé. Cette volonté d'établir des politiques publiques favorables à la santé (« *healthy policies* ») est la traduction directe de la conception holiste de la santé.
- « *Créer des milieux favorables* ». Les individus s'inscrivent dans des espaces qui ont une action sur leur état de santé. La charte affirme que « la protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé ». Cet aspect est au cœur du programme des Villes-Santé, qui incite les villes à élaborer un environnement plus favorable à la santé, en particulier en intégrant des modes d'urbanisme plus favorables à la santé : l'urbanisme favorable à la santé (« *healthy planning* ») est en effet l'un des objectifs de la cinquième phase du réseau européen des Villes-Santé.
- « *Renforcer l'action communautaire* ». La promotion de la santé, selon la charte, ne doit pas seulement être une affaire de spécialistes, a fortiori de spécialistes en médecine. Les habitants doivent participer aux prises de décision, au même titre que l'ensemble des acteurs gouvernementaux (collectivités, Etat) ou non (associations,...). Cette

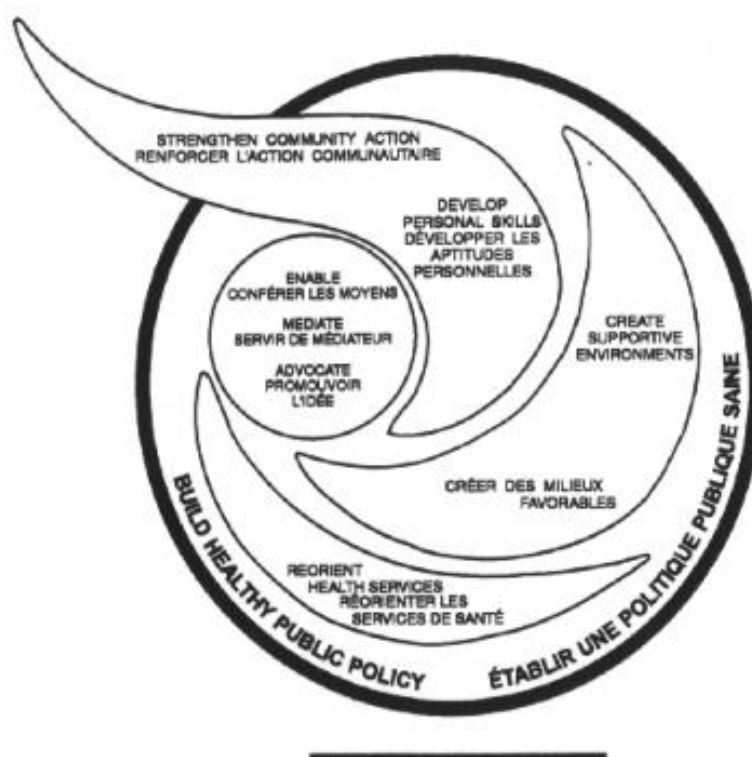
⁴² SANTÉ 21 : La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS, 1998, p.4

approche de la santé communautaire est moins développée dans les pays européens qu'au Canada.

- « *Acquérir des aptitudes individuelles* ». La santé est l'affaire de chacun : l'éducation à la santé est une dimension importante de la charte d'Ottawa. Les individus sont incités à effectuer les bons choix pour leur santé, en adoptant des comportements sains. La lutte contre le tabagisme ou plus récemment la politique en faveur de la consommation de fruits et de légumes illustrent cette dimension.

- « *Réorienter les services de santé* ». Le cinquième principe prôné par la charte d'Ottawa est de ne pas circonscrire les services de santé au secteur biomédical et curatif : « le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux ».

Figure 5 : Les cinq piliers de la charte d'Ottawa (source : agence de la santé publique du Canada⁴³)



⁴³ Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/psp2-fra.php>

Bien que la charte d'Ottawa demeure une référence pour le réseau français des Villes-Santé et pour nombre de professionnels de santé que nous avons pu rencontrer ou écouter, elle peut également « *donner l'impression d'avoir pris quelques rides* » (Deschamps, 2003). La charte de Bangkok, signée en 2005, inscrit les principes de la charte d'Ottawa dans les évolutions actuelles, marquées par la mondialisation, tant de l'économie que des modes de vie. Elle met ainsi en valeur cinq nouveaux éléments qui agissent sur l'état de santé des individus et qui n'étaient pas présents dans la charte d'Ottawa⁴⁴ : « *les inégalités croissantes à l'intérieur des pays et entre eux, les nouveaux modes de consommation et de communication, la commercialisation, les changements environnementaux et l'urbanisation* ».

Dans son analyse de la charte de Bangkok, Christine Porter montre cependant un changement de paradigme entre les deux chartes, passant d'un discours qui s'inscrit dans les « nouveaux mouvements sociaux » à un discours marqué par le « nouveau capitalisme » (Porter, 2007). Pour C. Porter, ce changement de paradigme s'exprime à travers deux évolutions du discours. Dans la charte de Bangkok, la promotion de la santé n'est plus l'affaire des individus mais celle des politiques, passant ainsi d'une « démocratie participative » à une « technocratie globale ». La santé communautaire est la concrétisation de l'approche adoptée par la démocratie participative : le projet de santé est discuté et porté collectivement par l'ensemble des personnes concernées, à une échelle locale. La technocratie globale fait quant à elle référence à des décisions politiques prises à une échelle plus importante, sans tenir compte des spécificités locales : États, institutions internationales. La seconde modification concerne la conception de la santé sous-jacente. La charte d'Ottawa s'inscrivait dans une approche socio-écologique de la santé, axée sur les déterminants sociaux de la santé. La charte de Bangkok insiste davantage sur l'économie et sur le secteur privé, deux dimensions qui n'apparaissent qu'à la marge dans le programme des Villes-Santé : « Le secteur privé comme les autres employeurs et le secteur informel ont la responsabilité de garantir la santé et la sécurité sur le lieu de travail et de promouvoir la santé et le bien-être de leurs employés et ceux de leurs familles et de leurs communautés.[...] Des pratiques commerciales éthiques et responsables et le commerce équitable sont des exemples du type de pratiques commerciales qui devraient être soutenues par les consommateurs et la société civile et par les gouvernements au moyen d'incitations et de réglementations »⁴⁵.

⁴⁴ Charte de Bangkok sur la promotion de la santé, 2005. Disponible à l'adresse : http://www.equiterre.ch/pdf/PSA_charte_Bangkok.pdf

⁴⁵ *idem*.

1.2.1.3. Agenda 21 : Villes-Santé et développement durable, la convergence relative des discours

La comparaison des discours du programme des Villes-Santé et des villes durables met en évidence une convergence relative des principes entre les deux (Le Goff, Séchet, 2010). L'analyse des déclarations des maires des Villes-Santé de la déclaration de Milan en 1990 jusqu'à la déclaration de Zagreb de 2008 permet de retracer l'évolution de la place du développement durable dans les valeurs portées par les Villes-Santé. La première déclaration en 1990 ne met pas l'accent sur le développement durable : ce dernier n'est popularisé qu'à partir du sommet de Rio en 1992, bien que le rapport Brundtland ait été rédigé en 1987. Le développement durable ne devient une référence qu'en 1998, dans la déclaration d'Athènes⁴⁶, dans laquelle « *des villes de l'Europe toute entière expriment clairement leur détermination à promouvoir la santé et le développement viable* ». La place du développement durable est confirmée en 2003⁴⁷, les maires réitérant leur « *engagement clair et résolu [...] en faveur de la santé et du développement durable* ». La conférence de Johannesburg (Sommet de la terre) de l'année précédente a sans aucun doute influencé cette déclaration. La déclaration de Zagreb, tenue en 2008, réduit la place du développement durable en tant que principe directeur : les maires y « *affirm[ent] [leur] engagement en faveur des principes et des valeurs des Villes-Santé dans le domaine de l'équité, du développement de l'autonomie, des partenariats, de la solidarité et du développement durable* »⁴⁸.

Bien que le développement durable soit devenu un référentiel pour les maires des Villes-Santé européennes, la réciproque est moins vraie. La santé est une préoccupation secondaire de la charte d'Aalborg. La santé y est avant tout définie dans son acception médicale et n'est pas considérée comme un préalable au développement durable, mais comme une conséquence : un développement viable, vivable et équitable doit permettre d'atteindre un niveau de santé élevé. La charte d'Ottawa promeut quant à elle l'idée inverse, la bonne santé étant considérée comme « une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie » (Charte d'Ottawa). La prééminence des discours du développement durable peut avoir tendance à occulter la

⁴⁶ Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé, 1998. Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/90668/E93731.pdf

⁴⁷ Déclaration de Belfast sur les Villes-Santé, 2003. Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/101487/Belfast_DEC_F.pdf

⁴⁸ OMS Europe, Déclaration de Zagreb sur les Villes-Santé, 2008. Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/101080/E92475.pdf

santé pour tous, en faveur de la problématique des risques sanitaires et environnementaux planétaires (l'évolution du rôle de l'OMS depuis les années 2000 étant un indice de cette évolution).

1.2.2. La ville comme cadre de mise en œuvre de la Santé pour tous ?

Depuis longtemps, les édiles urbaines se sont impliquées dans les questions de santé publique, puisqu'on la retrouve dans la cité grecque antique (Chatzicocoli, Syrakoy, 2009) et que l'hygiénisme du XIX^{ème} siècle s'est principalement développé en milieu urbain, car l'urbanisation liée à l'industrialisation a eu des impacts majeurs sur la santé et posé de vrais problèmes de santé de la force de travail (Barles, 1999 ; Engels, 1845). Pourtant, au milieu des années 1980, l'échelle de la ville n'est plus perçue comme l'échelle pertinente des politiques de santé, qui sont mises en œuvre essentiellement à l'échelle nationale. La mise en place du programme spécial des Villes-Santé du bureau européen de l'OMS correspond alors à un souhait de la part de l'OMS de changer d'échelle locale. En effet, « une Ville-Santé n'est pas une ville qui a atteint un niveau particulier d'état de santé mais une ville qui se préoccupe de la santé et s'efforce de l'améliorer » (Tsouros, 1990). Les critères ci-dessus ne sont donc pas des critères qui doivent être remplis avant même l'adhésion au réseau mais des objectifs que la municipalité doit atteindre. Ceci renvoie à la question de la d'action et de revenir au niveau des villes afin d'agir au plus près des populations, souhait qui a trouvé un écho favorable auprès des élus locaux.

La consultation des archives du service communal d'hygiène et de santé de la ville de Rennes a permis de constater une évolution de la traduction du terme anglais (« *healthy city* ») en français. Dans les années qui précèdent la création du réseau national (janvier 1990), deux termes cohabitent : « Cités-Santé » et « Villes saines », ce dernier terme renvoyant à une conception de la santé plutôt limitée à l'hygiénisme. Le réseau national français a permis de fixer la troisième appellation, qui est encore en vigueur de nos jours. Le réseau québécois a quant à lui choisi un terme moins ambigu que le réseau français, en se dénommant « Villes et villages en santé ».

Ce programme est plus une démarche qu'un label décerné pour récompenser la Ville de l'état de santé de ses habitants, bien que certaines villes adhèrent au réseau pour un affichage plus fort de leur politique de santé aux échelles nationale et traduction française du

terme *healthy cities*. En effet, le concept de Villes-Santé a été forgé dans un premier temps en anglais : la définition large de la santé était couramment acceptée au milieu des années 1980 dans les pays anglo-saxons. Le terme *healthy* est polysémique, compliquant ainsi sa traduction. Il renvoie à deux aspects : le terme peut renvoyer au bon état de santé d'un individu, d'un animal ou d'un végétal, mais également aux éléments qui peuvent améliorer la santé (un régime, le climat, l'air,...). L'ambiguïté du terme, qui oscille entre un état et un processus, est levée dans la définition de la Ville-Santé donnée par Agis Tsouros, responsable du programme pour le bureau européen.

1.2.2.1. La Ville-Santé, une ville idéale ?

La légitimation de l'échelle de la ville comme cadre de l'action en santé comporte deux aspects, que l'on retrouve dans la déclaration de Zagreb sur les Villes-Santé (cf. encadré ci-dessous), signée en 2008 par les maires des Villes-Santé européennes. L'action politique des villes permet d'embrasser l'ensemble des déterminants de la santé et de coordonner l'ensemble des acteurs. Ce double argumentaire renvoie à la question de la proximité avec la population et les acteurs.

Encadré 4 : Extraits de la déclaration de Zagreb sur les Villes-Santé (2008)⁴⁹

Valeurs et principes d'action

[...]

2. Nous sommes conscients que l'action de nos villes en faveur de la santé ne s'arrête pas à des soins de santé accessibles et de haute qualité, mais englobe la prévention des maladies, la promotion de la santé et une intervention systématique contre les inégalités en matière de santé, les facteurs de risque concernant les maladies non transmissibles et les traumatismes, et les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

3. Nous comprenons que nous avons un rôle-phare unique à jouer pour assurer le plus haut niveau d'engagement politique en faveur du renforcement et de l'intensification de nos efforts pour améliorer et protéger la santé de nos concitoyens en nous servant de nos tribunes publiques pour faire prendre conscience des causes profondes de la mauvaise santé dans nos contextes urbains et défendre ardemment les principes, les valeurs et les stratégies de la Ville-

⁴⁹ Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/101080/E92475.pdf

Santé pour relever ces défis : notre faculté de rassembler pour réunir et engager tous les intervenants concernés à prendre des mesures en faveur de la santé et notre influence pour inciter tous les secteurs à aborder les questions de santé dans leurs politiques. [...]

Hancock et Duhl (1988) ont défini la Ville-Santé comme « une ville qui crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux et qui développe les ressources de la collectivité, permettant ainsi aux individus de s'entraider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la vie et permettant à ceux-ci de développer au maximum leur potentiel personnel ». Aujourd'hui, quatre objectifs sous-tendent le programme : agir sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités de santé, intégrer et promouvoir les priorités mondiales et européennes en matière de santé, mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations politiques et sociales des villes, promouvoir la bonne gouvernance et la planification intégrée pour la santé (OMS, phase V).

Encadré 5 : les critères d'une Ville-Santé (Hancock et Duhl, 1988)

1. Un environnement physique (y compris le logement) de haute qualité à la fois propre et sûr.
2. Un écosystème stable dans le présent et durable à long terme.
3. Une collectivité forte, solidaire et qui n'exploite pas les personnes.
4. Un haut degré de participation et de contrôle par le public des décisions touchant à sa vie, à sa santé et à son bien-être.
5. La satisfaction des besoins fondamentaux (nourriture, eau, logement, revenus suffisants, sécurité emploi) pour tous les habitants de la ville.
6. L'accès à un grand nombre d'expériences et de ressources ; la possibilité d'une grande variété de contacts, d'échanges et de communication.
7. Une économie urbaine diversifiée, vivante et innovante.
8. Une mise en valeur des liens avec le passé, de l'héritage culturel et biologique des habitants de la ville et d'autres groupes et personnes.
9. Une configuration de la ville compatible avec les caractéristiques précédentes et permettant de les améliorer.
10. Un niveau optimum de services publics de santé et de soins, adaptés et accessibles à tous.
11. Un niveau élevé de santé (haut degré de bonne santé et faible taux de morbidité).

Le programme Villes-Santé de l'OMS a ainsi pour objectif la mise en application à l'échelle locale des principes de la santé établis à l'échelle mondiale par l'OMS, anticipant ainsi sur le succès de l'expression « penser globalement, agir localement ». Ce programme a été lancé par onze villes d'Europe : Barcelone (Espagne), Bloomsbury-Camden (Royaume-Uni), Brême (Allemagne), Düsseldorf (Allemagne), Horsens (Danemark), Liverpool, (Royaume-Uni), Pecs (Hongrie), Rennes (France), Sofia (Bulgarie), Stockholm (Suède), Turku (Finlande). Il compte en 2011 près de 90 villes réparties dans les 51 pays de l'espace européen de l'OMS. Chaque pays se voit attribuer un quota de villes en fonction de sa population (douze en France, quatre en République tchèque par exemple). L'adhésion est limitée dans le temps, jusqu'à l'échéance de la « phase ». Une « phase » est une période de quatre ou cinq ans durant laquelle le service en charge des Villes-Santé dans le bureau européen de l'OMS fixe des priorités ; les villes doivent postuler au début de chaque phase, y compris les villes présentes dans les phases précédentes. Elles doivent constituer un dossier relativement conséquent prouvant la sincérité de leur démarche, en effectuant le bilan des politiques déjà menées et des projets pour la phase à venir. Les villes candidates doivent élaborer un dossier complet sur les actions déjà menées et sur l'inscription des projets dans les priorités de la phase du programme. Le montage du dossier peut être contraignant pour les équipes municipales, en particulier qu'il doit être rédigé en anglais. Certaines villes du réseau national ont tenté d'adhérer au réseau européen mais y ont renoncé face aux contraintes.

Une fois que le bureau de l'OMS a accepté la candidature de la municipalité, le réseau européen permet aux équipes des municipalités (élus et techniciens) de partager des expériences innovantes et applicables dans leur propre municipalité. Les échanges d'expériences ne sont pas dénués de marketing territorial : les expériences qui n'ont pas fonctionné sont rarement présentées aux autres membres du réseau européen. Le réseau européen consiste essentiellement en un colloque annuel et plusieurs réunions des représentants des réseaux nationaux. Une plateforme numérique d'échange d'informations complète le dispositif. L'entrée dans le réseau européen n'est pas synonyme de subventions supplémentaires qui permettraient de mettre en œuvre les projets à moins de s'inscrire dans d'autres programmes (c'est le cas de la ville de Rennes, qui s'est appuyée sur le programme « Enhanced Policy and advice on environment and health in Europe » du bureau européen de l'OMS pour réaliser une première étude d'impact sur la santé). Au contraire, l'adhésion au réseau européen suppose une contribution financière de la part des municipalités. Seul le

réseau européen est géré par le bureau de l'OMS : les réseaux nationaux sont accrédités par l'OMS mais leurs modalités de fonctionnement leur sont propres.

L'adhésion au réseau français est quant à elle moins contraignante, bien que les dossiers de candidature soient de plus en plus conséquents. Contrairement au réseau européen où l'adhésion est limitée à la durée de la phase, l'adhésion au réseau français reste valable tant que la municipalité contribue financièrement au réseau par le paiement de sa cotisation annuelle, même si elle est inactive. Les échanges entre les villes, permis grâce à différents supports (site Internet, colloques, réunions de travail, édition de documents,...) sont plus nombreux dans le cadre du réseau national que du réseau européen.

Malgré l'ancienneté du programme des Villes-Santé et l'évolution des politiques de l'OMS, la question de la santé en milieu urbain est encore présente parmi les préoccupations de l'OMS. La journée mondiale de la santé, organisée le 7 avril de chaque année (jour de création de l'OMS en 1948), a pour objectif de sensibiliser la population mondiale à une problématique de santé particulière. La journée du 7 avril 2010 avait pour thème « l'urbanisation : un défi pour la santé publique ». La croissance démographique mondiale et l'urbanisation de la population rendent plus aiguë la question de la santé en ville. La déclaration de la directrice de l'OMS à l'occasion de la journée mondiale de la santé 2010 résume ces enjeux : « les villes deviennent de plus en plus gigantesques, et leurs populations de pauvres augmentent à un rythme encore plus rapide. Les conséquences pour la santé sont énormes. De fait, l'un des meilleurs moyens d'évaluer les méfaits de la ville consiste à regarder le fossé qui sépare, en termes de résultats sanitaires, des groupes aisés et des groupes défavorisés, vivant dans la même ville, parfois à quelques pâtés de maisons les uns des autres. »⁵⁰. Ce discours qui souligne les méfaits de la ville n'échappe pas au spatialisme et tend de ce fait à minorer les questionnements relatifs à la production des inégalités de santé. Le rapport *La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain*⁵¹, publié en novembre 2010 par l'OMS et l'ONU-Habitat, confirme l'intérêt croissant des grandes organisations internationales pour la santé en ville, en particulier dans

⁵⁰ « La santé urbaine est menacée par les inégalités », Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, lors du point de presse à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 2010, Genève, Suisse (7 avril 2010). Disponible à l'adresse :

http://www.who.int/dg/speeches/2010/urban_health_20100407/fr/index.html

⁵¹ *La face cachée des villes: mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain*, 2010, OMS et ONU-Habitat, 145 p. Disponible à l'adresse : http://www.hiddencities.org/downloads/f_WHO_HC_report_FR_Web.pdf

les pays en développement. La santé dans les espaces ruraux est également prise en compte dans les programmes de l'OMS, mais de façon moins spécifique. Les espaces ruraux ne sont pas l'objet d'un programme particulier comme celui des Villes-Santé, bien que la pauvreté et les inégalités de santé y soulèvent des enjeux aussi importants.

1.2.2.2. Quel mode de gouvernance pour être une Ville-Santé ?

Barton et Tsourou (2000) ont synthétisé les quatre piliers de la gouvernance idéale d'une Ville-Santé : engagement politique, création de nouvelles organisations, élaboration d'un plan municipal de santé et participation de l'ensemble des acteurs. « L'engagement politique à l'échelon le plus élevé vis-à-vis des principes et stratégies du projet Villes-Santé [doit être] explicite »⁵². Dans les faits, cette résolution doit se traduire par la mise en place d'une délégation à la santé au sein du conseil municipal, voire d'un maire-adjoint à la santé. La mise en place d'un service municipal chargé de la promotion de la santé (donc au-delà des compétences réglementaires de la commune) ou la signature de la déclaration de Zagreb sur les Villes-Santé sont également le signe d'un engagement politique fort pour une politique locale de santé.

L'« établissement de nouvelles structures organisationnelles en vue de gérer le changement »⁵³ constitue le second principe d'une Ville-Santé. Afin de dépasser une approche cloisonnée, les services municipaux doivent se réunir régulièrement grâce à un comité intersectoriel afin d'échanger et de réaliser les objectifs du plan municipal de santé. Ce décroisement est la traduction concrète de la définition large de la santé prônée par l'OMS et la charte d'Ottawa.

La participation au réseau des Villes-Santé doit également aboutir à la mise en place d'un plan de santé municipal, qui doit coordonner les efforts de la municipalité en terme de santé : le plan est sensé donner une impulsion politique et technique forte. A l'image d'un projet urbain qui dessine les futurs contours de la ville, le plan municipal de santé est l'outil qui donne une cohérence à la politique municipale de santé et incite l'ensemble des services municipaux à travailler ensemble.

⁵²idem.

⁵³idem.

Enfin, l'accent est mis sur la participation de l'ensemble des acteurs de la santé au niveau municipal, en particulier les institutions (services de l'État, organismes nationaux...), les associations, les chercheurs, les habitants. Les entreprises sont rarement évoquées, signe que la charte de Bangkok n'a pas supplanté la charte d'Ottawa dans les principes des Villes-Santé. Concrètement, les entreprises ne sont pas invitées aux différentes rencontres organisées par les collectivités (réunions de travail, séminaires), malgré le plan Santé au travail. La coopération entre l'ensemble de ces acteurs, qu'elle soit formelle ou non, est un élément important, au même titre que la coopération entre les différentes Villes-Santé à l'échelle du réseau national ou européen.

Le terrain de recherche choisi (les Villes-Santé bretonnes) s'inscrit dans le cadre international présenté ci-dessus pour plusieurs raisons. Le continent européen est le premier espace qui a vu se développer les réseaux de Villes-Santé (réseau continental et réseaux nationaux). La diversité des situations des pays européens s'explique par les compétences allouées aux municipalités en matière de santé et par le dynamisme de l'organisme qui anime le réseau national. Le réseau français peut être considéré comme un réseau « intermédiaire » au regard du nombre de villes engagées dans le réseau : certains pays ont un réseau très développé (par exemple, la plupart des municipalités danoises sont des Villes-Santé, en lien avec le transfert de la compétence santé de l'Etat vers celles-ci), d'autres très peu (quatorze villes au Royaume-Uni, qui se sont organisées en réseau depuis décembre 2011). Le choix de l'échelle régionale comme cadre d'analyse des Villes-Santé françaises s'explique selon différents critères développés ci-dessous.

2. Les Villes-Santé en Bretagne : un cadre d'analyse

Le choix des Villes-Santé de la Région Bretagne comme terrain d'étude a été effectué selon différents critères. Dans un premier temps, le cadre régional a été choisi comme échelle d'analyse étant donné que la Région est l'échelon principal des politiques de santé territorialisées (cf. chapitre précédent). La Région Bretagne est un terrain pertinent dans la mesure où les villes de la région qui ont rejoint le réseau des Villes-Santé depuis sa création

sont relativement représentatives de l'ensemble des villes du réseau (voir les critères de représentativité *infra*).

2.1. La Région Bretagne, terrain de la recherche

Les politiques de santé sont élaborées à l'échelle régionale, comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent. Le cadre régional est ainsi le plus pertinent afin d'étudier les politiques locales de santé, en grande partie contraintes par les orientations régionales nationales. La création des Agences régionales de santé en avril 2010, avec lesquelles les collectivités territoriales ont la possibilité de signer des contrats locaux de santé, renforce l'échelon régional dans la mise en œuvre des politiques de santé.

2.1.1. L'intérêt de la Région Bretagne pour les politiques locales de santé

La Région Bretagne mène une politique volontariste en santé publique, notamment à travers son agenda 21, en y intégrant des politiques préexistantes. Le Conseil régional a soutenu la mise en place d'une animation territoriale de santé à l'échelle des Pays (six des 21 Pays bretons sont concernés ainsi que la ville de Rennes, Jabot, Loncle, 2007). Une élue du Conseil régional est en charge de la santé et du logement et préside la commission « solidarités ». L'engagement de la Région en matière de santé n'est pas spécifique à la Bretagne. D'autres régions se sont également emparées des questions de santé, comme le Nord-Pas-de-Calais ou le Languedoc-Roussillon, mais l'approche de ces deux régions reste toutefois centrée sur les équipements de santé et la réduction des risques : la promotion de la santé demeure le parent pauvre des politiques de santé des Conseils régionaux, lorsque ceux-ci en ont élaborées.

La recherche s'inscrit également dans les priorités thématiques de recherche de la Région Bretagne, croisant à la fois la thématique des « enjeux de santé publique » et de « gestion intégrée des espaces urbains, ruraux, côtiers et marins »⁵⁴. Il s'inscrit en particulier dans la thématique « Enjeux de santé publique » non sous l'angle de la réponse à un problème de santé lié aux évolutions démographiques (vieillesse) ou au contexte régional

⁵⁴ Priorités de recherche de la Région Bretagne en 2009

(conduites addictives) mais de manière positive comme l'affirmation que la santé concerne de nombreuses autres politiques.

La rédaction du second plan régional de santé-environnement (PRSE) 2011-2015, validé en août 2011, confirme l'intérêt des acteurs régionaux pour la promotion de la santé et l'approche transversale de la santé : le dernier axe du programme d'action du PRSE 2 est intitulé « Reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants de la santé », signe de la volonté de mener des politiques locales de santé innovantes. L'étude des PRSE des autres régions françaises a mis en évidence l'originalité de cet axe, les PRSE étant globalement orientés vers la réduction des facteurs de risque sur la santé. L'inscription de cet axe est également un indicateur du rôle des municipalités dans la rédaction du plan régional de santé-environnement, et plus largement du projet régional de santé. Cet axe s'est traduit par la mise en place de journées régionales consacrées à l'urbanisme, la santé et l'environnement (la première réunion s'étant déroulée en mai 2011 dans les locaux de Rennes Métropole), réunissant les acteurs régionaux de ces trois thématiques afin de construire une culture commune. Dans un contexte de réduction budgétaire pour les services de l'Etat comme pour les collectivités, on peut cependant craindre la réduction voire la disparition du volet prévention-promotion de la santé des politiques régionales afin de concentrer les moyens sur l'offre de soins (hôpitaux et secteur médico-social). De même, les politiques locales de santé sont soumises à la rigueur budgétaire : les postes de coordinateurs d'ASV sont à ce titre relativement précaires.

2.1.2. Un environnement local riche en ressources humaines et documentaires

Le terrain d'étude a également été choisi en fonction des ressources présentes sur le territoire régional : le centre collaborateur des Villes-Santé francophones et le réseau national des Villes-Santé.

Un centre collaborateur de l'OMS est un centre de ressources pour les participants au programme (programme général ou spécial). La France héberge d'autres centres collaborateurs de l'OMS, comme le centre collaborateur pour la recherche et la formation en santé mentale à Lille. Les ressources présentes dans ces centres collaborateurs peuvent être de plusieurs ordres : ressources documentaires, administratives (secrétariat) ou scientifiques. Le centre collaborateur des Villes-Santé francophones est localisé à Rennes. L'association Santé

et développement durable (S2D), présidée jusqu'en 2011 par une ancienne adjointe à la santé de la ville de Rennes (Annette Sabouraud, élue engagée et impliquée dans les questions locales de santé à Rennes), héberge ce centre collaborateur. Avec l'accord de sa présidente, nous avons pu accéder à la documentation du réseau francophone. L'association S2D a également été conventionnée avec le réseau français des Villes-Santé : le secrétariat du réseau était jusqu'en 2010 effectué par S2D, ce qui signifie que l'ensemble des documents administratifs étaient hébergés par l'association.

Bien que la présidente du réseau national soit une élue de la ville de Nancy, la chargée de mission (ainsi que le secrétariat, transféré de S2D à l'EHESP) est localisée à Rennes dans les locaux de l'EHESP. La chargée de mission répertorie et coordonne les actions du réseau national, participe à l'animation des réseaux régionaux. Elle est en contact permanent avec les élus et les techniciens des Villes-Santé (ou tout au moins, avec ceux qui utilisent le réseau), permettant ainsi les échanges entre les villes. De plus, elle assiste aux rencontres à l'échelle européenne (d'origine britannique, elle maîtrise la langue anglaise, utilisée dans les échanges à l'échelle du réseau européen). Elle est donc une actrice essentielle du réseau national, qui a toujours pu être disponible et consacrer du temps à répondre à nos interrogations.

2.2. Les Villes-Santé bretonnes, échantillon représentatif du réseau national

Les cinq Villes-Santé bretonnes constituent un échantillon assez représentatif des Villes-Santé françaises : leur ancienneté dans le réseau est variable, ainsi que leur participation au réseau (présence au conseil d'administration du réseau, animation de groupes de travail,...).

2.2.1. Des villes diversifiées, représentatives du réseau

Les cinq Villes-Santé bretonnes ont des caractéristiques sociodémographiques différentes, représentant l'ensemble du panel des Villes-Santé françaises. La population est l'un des premiers critères permettant de s'assurer de leur représentativité. Saint-Brieuc compte moins de 50 000 habitants en 2006, comme vingt-sept Villes-Santé françaises. Les villes de moins de 50 000 habitants sont globalement moins dotées de services de santé et plus

généralement de moyens financiers. Lorient et Quimper, qui comptent respectivement 59 000 et 64 000 habitants, sont deux des seize villes qui comptent entre 50 000 et 100 000 habitants. Si ces deux villes sont relativement proches au regard de leur population, l'histoire de leurs politiques locales de santé est différente, la première étant présente dans le réseau depuis ses débuts alors que Quimper n'a rejoint le réseau qu'en 2009. Enfin, Brest (près de 150 000 habitants) et Rennes (210 000 habitants) représentent les villes moyennes dont une grande majorité est adhérente du réseau (quatorze des vingt communes les plus peuplées, dont les dix communes plus peuplées, excepté Paris, sont membres du réseau). Ainsi, les Villes-Santé bretonnes sont représentatives de l'ensemble de la hiérarchie urbaine.

Les statuts administratifs des villes d'étude sont moins variés que dans l'ensemble du réseau. Chacune des villes est le chef-lieu de son département, chef-lieu administratif ou socio-économique. Trois des quatre départements bretons comptent leur préfecture dans le réseau : l'Ille-et-Vilaine, les Côtes d'Armor et le Finistère. Si Brest et Lorient ne sont pas des chefs-lieux administratifs, les deux villes n'en sont pas moins les plus grandes villes de leurs départements. Contrairement à d'autres régions comme l'Île-de-France ou le Nord-Pas-de-Calais, les Villes-Santé bretonnes ont toutes un rôle relativement important dans leur département ou leur région : cette dernière ne compte pas de petites Villes-Santé. Pour parfaire notre analyse, l'étude de petites Villes-Santé apportera des éléments comparatifs intéressants. C'est le cas de Longwy en Lorraine, en s'appuyant sur un travail effectué en collaboration avec Magali Hardouin, pour qui Longwy est un terrain habituel.

Deux autres Villes-Santé peuvent également être évoquées. La ville de Crozon a un temps été adhérente du réseau des Villes-Santé au milieu des années 1990. Nous n'avons cependant pas été en mesure de rencontrer une personne capable d'évoquer cette période de la municipalité. La mémoire de l'appartenance au réseau s'est effacée. La ville de Nantes, entrée dans le réseau européen à l'automne 2011, ne pouvait pas être ignorée. Les villes de Rennes et de Nantes (et leurs agglomérations) collaborent dans de nombreux domaines ; leurs exécutifs respectifs se sont rapprochés depuis 2009. L'interconnaissance entre les élus adjoints à la santé est fondamentale. Elle a par exemple été mobilisée lors du phénomène des « apéritifs Facebook », Rennes ayant tiré profit de l'expérience nantaise. De même, la mutation en 2011 de la responsable du service de promotion de la santé de Brest vers la mission de santé publique de Nantes est un indice de la coopération entre les villes bretonnes et Nantes et sera

peut-être un élément contribuant au renforcement des relations entre Nantes et les Villes-Santé bretonnes.

2.2.2. Une représentativité des modalités de l'adhésion au réseau

La ville de Rennes constitue à elle seule un cas à part dans l'histoire du réseau des Villes-Santé. Elle est la première ville française à devenir une Ville-Santé, et l'une des onze premières Villes-Santé européennes. En 2011, la région Europe de l'OMS compte environ 1400 Villes-Santé. En mars 1987, la municipalité organise la première rencontre nationale des Villes-Santé (cf. figure 6) en collaboration avec l'École nationale de santé publique et le bureau européen de l'OMS. Le rôle d'Edmond Hervé, alors maire de Rennes depuis 1977 et secrétaire d'Etat à la santé entre mars 1983 et mars 1986, a été déterminant. Ses fonctions de secrétaire d'Etat l'ont amené à rencontrer des membres de l'OMS et à connaître la mise en place du réseau des Villes-Santé. Déjà sensibilisé aux questions de santé par son rôle de président du conseil d'administration du CHU de Rennes (rôle couramment accordé au maire de la commune où est situé le CHU), il a souhaité intégrer la ville dont il est le maire dans ce programme.

Les villes de Lorient et de Quimper ont adhéré au réseau avec dix-neuf ans d'écart (respectivement 1990 et 2009) mais pour des raisons semblables, identiques à celles de nombreuses Villes-Santé ; la mise en place d'un service municipal de promotion de la santé à Lorient sous l'impulsion politique du maire de l'époque (Jean-Yves Le Drian, président du Conseil régional depuis 2004) et la création d'un atelier santé ville à Quimper, encouragée par les crédits alloués au quartier de Kermoysan dans le cadre de la politique de la ville, sont les éléments déclencheurs de l'adhésion. L'adhésion au réseau des Villes-Santé avait pour objectif d'échanger et d'avoir une culture en santé publique afin de pouvoir assurer la mise en œuvre du programme.

La ville de Saint-Brieuc a également adhéré dès 1990 au réseau, sous l'impulsion de Rennes. La consultation des archives n'a pas permis de mieux connaître les modalités de l'adhésion au réseau ; les acteurs briochins contemporains de l'adhésion ne sont plus joignables et l'historique est mal connu des techniciens actuels. Les archives du SCHS de la ville de Rennes ont permis de constater la présence régulière du médecin directeur du SCHS de Saint-Brieuc aux premières réunions du réseau des Villes-Santé. On peut ainsi supposer

que l'adhésion de Saint-Brieuc au réseau reposait plutôt sur les relations entre les techniciens. La délibération du conseil municipal de Brest du 26 janvier 1994 confirmant l'adhésion au réseau insiste quant à elle sur l'intérêt du réseau, qui « permet de faciliter les échanges entre les villes œuvrant dans le même sens »⁵⁵. Là encore, la mémoire des acteurs ainsi que les archives n'ont pas conservé de trace plus conséquente des raisons de l'adhésion de Brest.

2.2.3. L'activité des villes dans le(s) réseau(x)

L'activité des villes bretonnes dans le réseau est également très différenciée. La ville de Saint-Brieuc, dans un rapport récent du comité économique et social de la ville⁵⁶, souhaite une « réactivation des missions OMS Ville-Santé », quelque peu oubliées au fur et à mesure des années : changement d'élus, de techniciens,... Par ailleurs, la ville de Saint-Brieuc n'a pas été membre du bureau ou du conseil d'administration du réseau. Quimper est également une ville peu active dans le réseau, mais cette faible activité est davantage liée à son entrée récente dans le réseau et aux moyens relativement faibles alloués à la politique de santé (un atelier santé ville et un poste de coordinateur de la politique locale de santé).

Les trois autres villes, qui sont également les trois plus grandes Villes-Santé bretonnes, ont eu ou ont encore un rôle dans l'administration du réseau. Les élus successifs à la santé de la ville de Lorient ont été des membres élus du conseil d'administration du réseau. L'un d'entre eux a coordonné le groupe de travail consacré à la nutrition. Le manque de temps et la volonté de faire tourner la présence des villes dans le bureau a conduit l'écu actuel à la santé de Lorient à ne plus participer à l'animation du bureau, mais il reste présent dans le conseil d'administration. La ville de Brest est désormais représentée dans le bureau du réseau. Enfin, l'écu à la santé de Rennes est vice-président du réseau. Ces trois villes sont membres du conseil d'administration du réseau, parmi les treize membres élus du CA. On retrouve les trois Villes-Santé historiques à la tête du bureau : Nancy à la présidence, Rennes à la vice-présidence (avec Grenoble) et Montpellier à la trésorerie.

La présence d'une Ville-Santé européenne (Rennes) est également un élément de représentativité de l'ensemble du réseau. La communauté d'agglomération de Nancy,

⁵⁵ Délibération du conseil municipal de Brest n° 941-2, séance du 20 janvier 1994

⁵⁶ Conseil économique et social de la ville de Saint-Brieuc, *Saint-Brieuc ville-santé de l'OMS*, 2010. Disponible à l'adresse : http://www.mairie-saint-brieuc.fr/uploads/media/RAPPORT_SANTE_2008_2009_01.pdf

Dunkerque, Montpellier et Nantes (depuis octobre 2011) sont les autres membres français du réseau européen des Villes-Santé. A l'échelle infra-nationale, l'inscription des Villes-Santé bretonnes dans un réseau régional à l'échelle du « Grand Ouest », qui rassemble les villes de l'Ouest de la France, permet d'enrichir l'analyse et de comparer les différentes échelles de fonctionnement du réseau : échelles locale, infra-nationale, nationale et européenne.

Depuis l'adhésion de la Ville de Rennes au réseau européen en 1987, le contexte a considérablement changé, tant à l'échelle nationale (évolutions des politiques de santé) qu'à l'échelle locale (renouvellement des élus au gré des élections, des techniciens,...). Ces évolutions ont rendu difficile la recherche des motivations de l'adhésion au réseau.

Figure 6 : Brochure du premier colloque français des Villes-Santé en mars 1987



Source : archives municipales de Rennes

3. Une méthodologie fondée sur trois piliers : documents, questionnaire et entretiens

Le recueil des données repose sur trois types de sources différents, mêlant approche qualitative (documents, entretiens) et quantitative (questionnaire). La complémentarité de l'analyse croisée des documents produits en particulier par les municipalités (y compris les archives), d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des services municipaux en charge de la santé dans les Villes-Santé françaises et d'entretiens est apparue indispensable pour mieux appréhender l'objet, ainsi que l'observation de jeux d'acteurs au cours de réunions auxquelles nous avons pu participer.

La recension des documents établis par l'ensemble des acteurs (réseau, municipalités, etc.) apportait une source très riche en informations, qui a permis de construire un questionnaire et d'enrichir les réponses obtenues. Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des Villes-Santé. Cette étape, fruit d'une opportunité de collaboration avec le « réseau des Villes-Santé », a permis de mieux qualifier les Villes-Santé à l'échelle nationale. Ces deux premières étapes ont été enrichies par la mise en place d'une enquête qualitative, reposant sur des entretiens semi-directifs ainsi que des rencontres plus informelles auprès des acteurs de la santé à l'échelle locale et régionale.

3.1. Analyse de documents

Outre la documentation scientifique, les sources documentaires proviennent de trois principales catégories d'acteurs : les municipalités, le réseau des Villes-Santé et les documents institutionnels rédigés par l'Etat ou ses services déconcentrés (regroupés à l'échelle régionale dans les ARS). Ces sources sont complémentaires : l'analyse des documents rédigés à l'échelle supra communale donne des indications sur les injonctions auxquelles font face les communes (actions plus ou moins encadrées, selon des objectifs fixés par l'État), les actions des communes et le fonctionnement du réseau des Villes-Santé, à la fois dans sa dimension de « club » de villes innovantes et de plate-forme d'échanges.

3.1.1. Les documents produits par les municipalités

Les documents produits par les municipalités constituent une source d'informations de premier ordre. L'analyse de ces documents permet d'envisager les politiques de santé menées par les municipalités, et plus généralement de prendre la mesure de la place de la santé dans leurs préoccupations.

L'étude de l'organisation des services municipaux à travers la comparaison des organigrammes est un autre élément permettant d'évaluer l'importance relative des politiques de santé. Le service communal d'hygiène et de santé peut être absent de l'organigramme ou avoir une place mineure. Près de la moitié des SCHS fonctionne réellement, les autres communes recevant la dotation globale de décentralisation sans disposer de SCHS, selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales en 2009 (Massin et al., 2009). Le positionnement du service en charge de la santé est un révélateur de la conception de la santé municipale. Le SCHS est généralement placé dans trois grands types de directions. Certaines municipalités se sont dotées d'une direction « technique » qui regroupe des services liés à la gestion des moyens : gestion des bâtiments, assainissement, voirie, travaux. Cette position dans l'organigramme est directement liée aux compétences des SCHS, en particulier la lutte contre le logement insalubre ou les nuisibles (animaux en divagation, dératisation, étourneaux, ...). Lorsque les municipalités n'ont pas créé de direction spécifique, le SCHS peut être placé dans les directions en charge de l'environnement ou du cadre de vie, avec des actions similaires, ou dans un troisième type de direction qui regroupe les compétences de la municipalité en matière d'action sociale : les actions en santé ne sont pas limitées aux compétences réglementaires mais peuvent être étendues à d'autres domaines.

Le SCHS peut être doublé d'autres services. La ville peut développer des services de promotion de la santé afin de structurer les actions dans ce domaine, au-delà des obligations légales des SCHS. Le nombre de personnes travaillant pour ce type de services est un autre révélateur de l'importance accordée à la promotion de la santé. Une municipalité peut également recruter un(e) chargé(e) de mission en promotion de la santé qui n'appartient à aucun service en charge de la santé et est rattaché(e) à une direction des affaires sociales. L'analyse de la place des coordinateurs des ateliers santé ville (ASV) dans les services municipaux est le dernier indice de l'intégration de politiques nationales à l'échelle locale. Les coordinateurs des ASV peuvent être soit des personnes recrutées par la municipalité ou

l'intercommunalité *ex nihilo*, soit des personnes déjà présentes mais dont l'affectation a évolué vers la prise en charge d'un ASV. Le service qui héberge ces coordinateurs permet de voir à quel point la santé est intégrée ou non dans les politiques locales. Si les coordinateurs sont sous la direction du service en charge de la politique de la ville, la prise en compte de la santé risque d'être limitée aux quartiers prioritaires relevant de cette politique. Ils peuvent cependant être intégrés dans les services en charge de la santé, incluant de fait la politique sectorielle dans une démarche plus large.

Les délibérations des conseils municipaux, constituées des décisions et parfois de l'intégralité des débats selon les villes, délivrent des informations intéressantes quant aux motivations des municipalités et à la place accordée à la santé dans les décisions prises par le conseil. Les archives des services municipaux d'hygiène permettent de dépasser le cadre formel des délibérations et de voir la mise en œuvre de ces dernières. Une partie des documents de cadrage produits par les municipalités peuvent également fournir un nombre important d'informations. Les plans municipaux de santé sont les documents de cadrage de la politique locale de santé que les Villes-Santé doivent en théorie rédiger afin de fixer les priorités de leur politique locale de santé. Ils fournissent des indications précieuses, d'autant plus que toutes les municipalités n'ont pas élaboré de tel document. La traduction des objectifs du plan municipal de santé dans les autres documents de la commune indique le degré de l'intersectorialité. Une attention particulière est portée sur la place de la santé dans les projets urbains rédigés par les municipalités, afin de voir si les questions de santé sont prises en compte dans l'aménagement des espaces urbains.

3.1.2. Les documents produits par le réseau des Villes-Santé

Le réseau des Villes-Santé ainsi que le centre collaborateur des Villes-Santé francophones constituent la deuxième source principale d'informations et de documentation. Les archives du réseau national ont longtemps été conservées au centre collaborateur avant d'être transférée au réseau national. L'accès à ces archives ainsi qu'aux documents les plus récents du réseau a permis un recul historique sur l'évolution du réseau. Les dossiers de candidature des municipalités au réseau national, parfois conséquents, permettent d'appréhender à la fois les politiques locales menées (bilan) ainsi que les projets et perspectives. Les dossiers de candidature des premières Villes-Santé ne sont pas disponibles : les dossiers les plus anciens remontent au début des années 2000, signe d'une plus grande

formalisation des demandes d'adhésion au réseau. La quantité de dossiers d'adhésion croît ainsi avec le temps. De même, les dossiers présentés par les villes candidates sont de plus en plus conséquents et ont connu une inflation depuis la même période.

Les documents produits par le réseau (ouvrages issus de groupes de travail thématiques, documents de synthèse à destination des villes membres) fournissent des éléments sur l'activité du réseau et des villes membres : les membres sont incités à envoyer régulièrement des informations sur leurs actions, afin que ces informations soient diffusées. Par ailleurs, le centre collaborateur héberge des ressources documentaires spécialisées en santé publique et dans le domaine des politiques locales de santé (littérature grise) peu accessibles dans les bibliothèques universitaires.

3.1.3. Autres documents

La troisième source de documents rassemble d'autres documents institutionnels en rapport avec les politiques de santé à l'échelle locale, régionale ou nationale. A l'échelle nationale, les textes des différentes lois de santé publique et leurs traductions locales (par exemple, le contrat local de santé, qui émane de la loi HPST) font partie de l'analyse, étant donné que les communes sont tenues d'appliquer les textes officiels. A l'échelle régionale, les documents rédigés par l'ARS, et plus largement par l'ensemble des acteurs régionaux, sont également utilisés dans notre recherche : plans régionaux de santé publique, projet régional de santé, plan régional de santé-environnement,...

3.2. Questionnaire

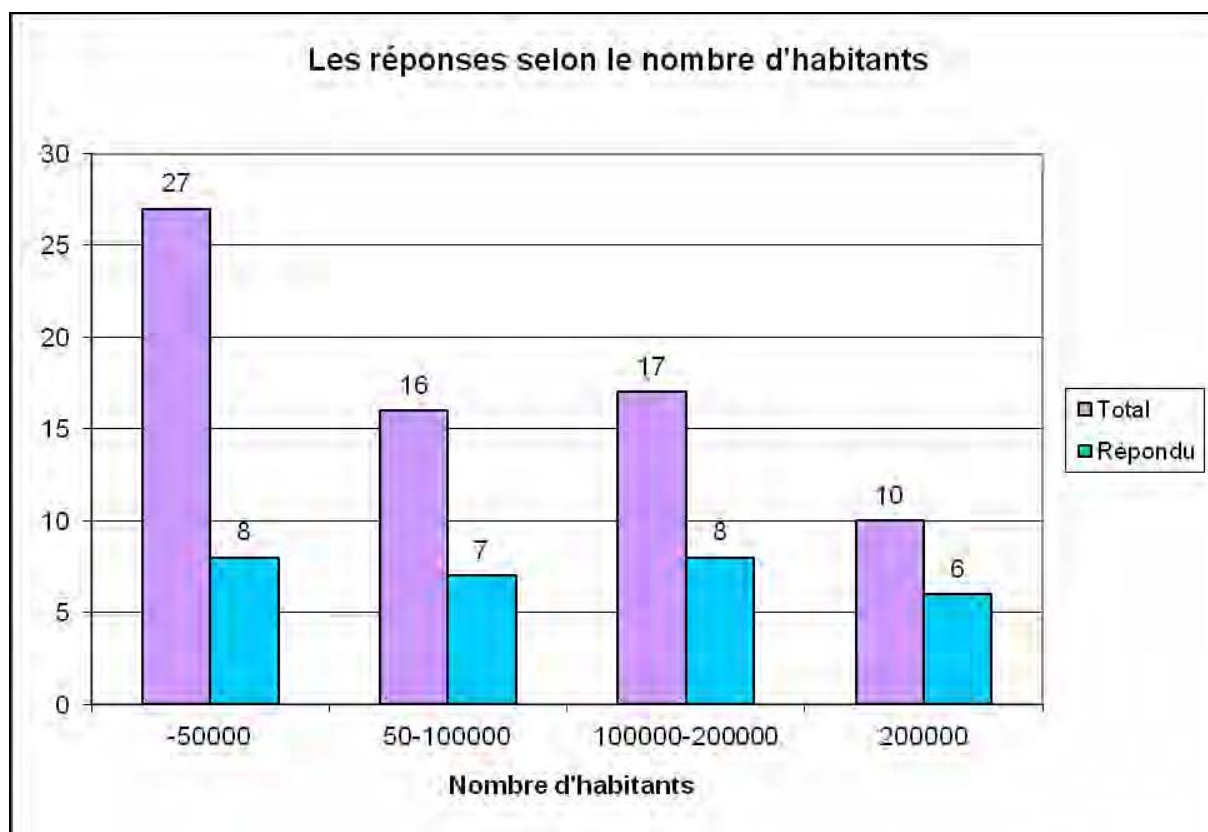
La deuxième catégorie de sources primaires est constituée de résultats d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des Villes-Santé de France avec le soutien logistique du réseau des Villes-Santé qui a délivré l'autorisation d'utiliser le fichier d'adresses des membres du réseau. Le questionnaire a été administré en ligne entre les mois d'avril et de juin 2010 : le réseau des Villes-Santé utilise beaucoup Internet pour les communications à destination des villes. De même, les communes utilisent Internet pour communiquer entre elles et avec le réseau, plutôt que le courrier. Les échanges plus ponctuels entre les villes ont été effectués par téléphone au cours du second semestre de 2010 et au début de l'année 2011.

Les destinataires du questionnaire sont les correspondants du réseau des Villes-Santé dans la municipalité : élus délégués à la santé et services de santé. Le choix d'envoyer à deux types d'acteurs traduisait le souhait de voir émerger d'éventuelles différences dans les réponses et donc d'évaluer les différences de discours ou de position entre élus et techniciens. Bien que le questionnaire ait été administré en ligne, certains répondants nous ont précisé les conditions de passation du questionnaire. Certains élus ont souhaité confier le questionnaire aux techniciens et inversement : des élus dont le mandat a débuté en 2008 se sentaient moins légitimes en tant que répondant que les techniciens plus expérimentés. De même, certains techniciens récemment recrutés ont préféré laisser l' élu répondre. Les réponses ont également pu être collectives, un seul questionnaire étant rempli par un technicien et son élu référent. Le questionnaire a également pu être rempli lors de réunions des services de santé. Deux relances ont été effectuées : une première relance à destination de l'ensemble des villes qui n'avaient pas répondu, puis une seconde relance en direction des types de villes sous-représentées, afin d'assurer une représentativité des réponses. Au final, vingt-neuf villes ont répondu au questionnaire sur les soixante-dix villes sollicitées, correspondant aux trois critères de représentativité que nous avons fixé *a priori*.

- *la taille des villes*

Les Villes-Santé ont des tailles variables, de Lormont (environ 11 000 habitants) à Marseille (près de 900 000 habitants). Le critère de la population a permis d'avoir des réponses représentatives de la hiérarchie urbaine du réseau des Villes-Santé. Les communes les plus peuplées ont cependant davantage répondu que les villes de moins de 50 000 habitants ; le réseau des Villes-Santé constate la même distribution des réponses lors de ses propres enquêtes. Les répondants à notre questionnaire sont sensiblement les mêmes que les répondants des enquêtes du réseau. La sous-représentation des communes les plus petites s'explique en partie par l'absence d'un service de santé. Si près de la moitié des villes de plus de 50 000 habitants a répondu au questionnaire, seules huit villes de moins de 50 000 habitants ont répondu au questionnaire.

Figure 7 : Réponses des Villes-Santé au questionnaire selon leur nombre d'habitants

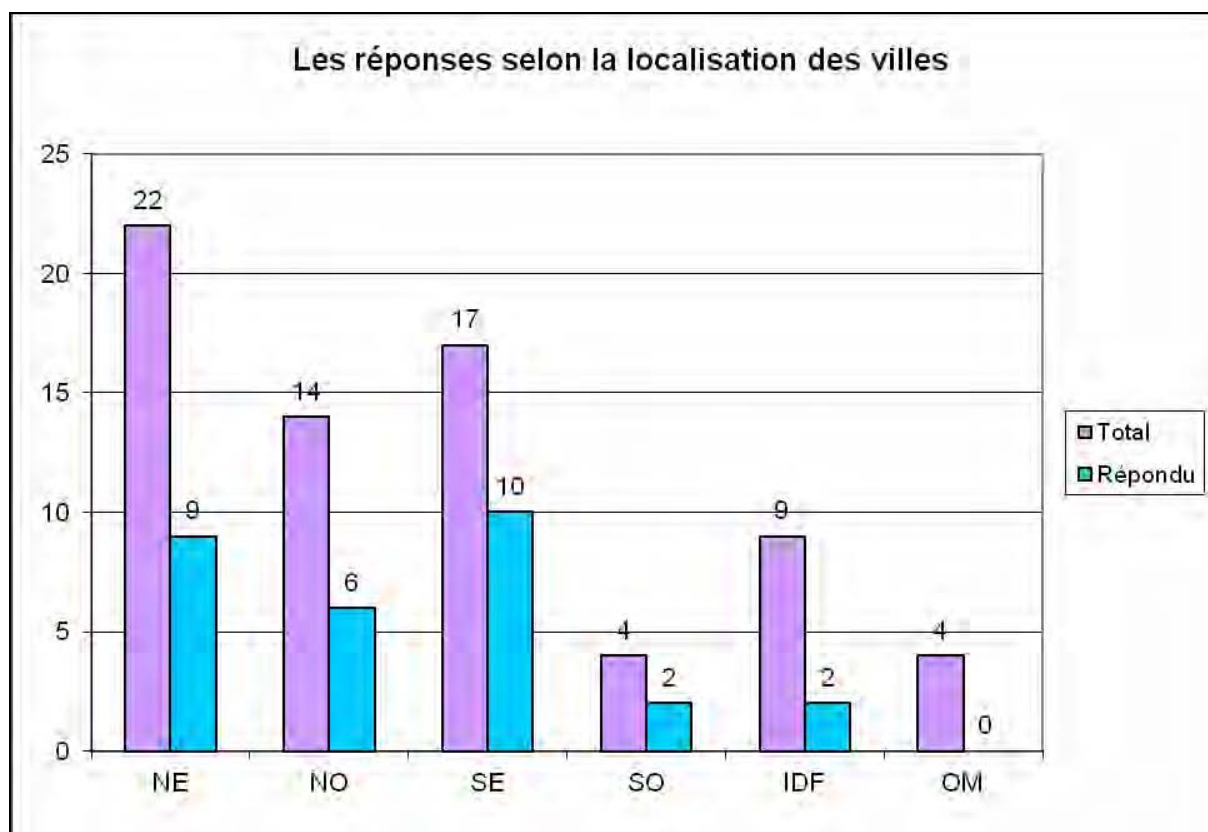


Source : questionnaire adressé aux Villes-Santé française, Erwan le Goff (2010)

- la localisation des villes

Les Villes-Santé sont réparties sur l'ensemble du territoire français (métropole et outre-mer). La structuration en réseaux régionaux est relativement récente (par exemple, le réseau « Grand Ouest » a été créé à l'automne 2010 ; seul le réseau de « l'arc alpin » existait avant 2009) et a principalement eu lieu après l'envoi du questionnaire. Le découpage en six sous-ensembles a été effectué de façon géométrique, étant donné qu'il n'a pas pu tenir compte des réseaux créés *a posteriori*. Un découpage moins géométrique et tenant compte de ces réseaux régionaux serait davantage pertinent dans l'éventualité d'une seconde enquête. Le territoire métropolitain a ainsi été partagé en quatre (Nord-Ouest, Nord-Est, Sud-Est, Sud-Ouest), en y ajoutant un espace spécifique à l'Ile-de-France. Enfin, les quatre Villes-Santé ultramarines constituent un sixième groupe. Malgré deux relances, les villes franciliennes et ultramarines sont celles qui ont le moins répondu (voire pas du tout pour les villes ultramarines). La sous-représentativité des réponses d'Ile-de-France n'a pas pu être corrigée malgré les deux relances.

Figure 8 : Réponses des Villes-Santé au questionnaire selon leur localisation

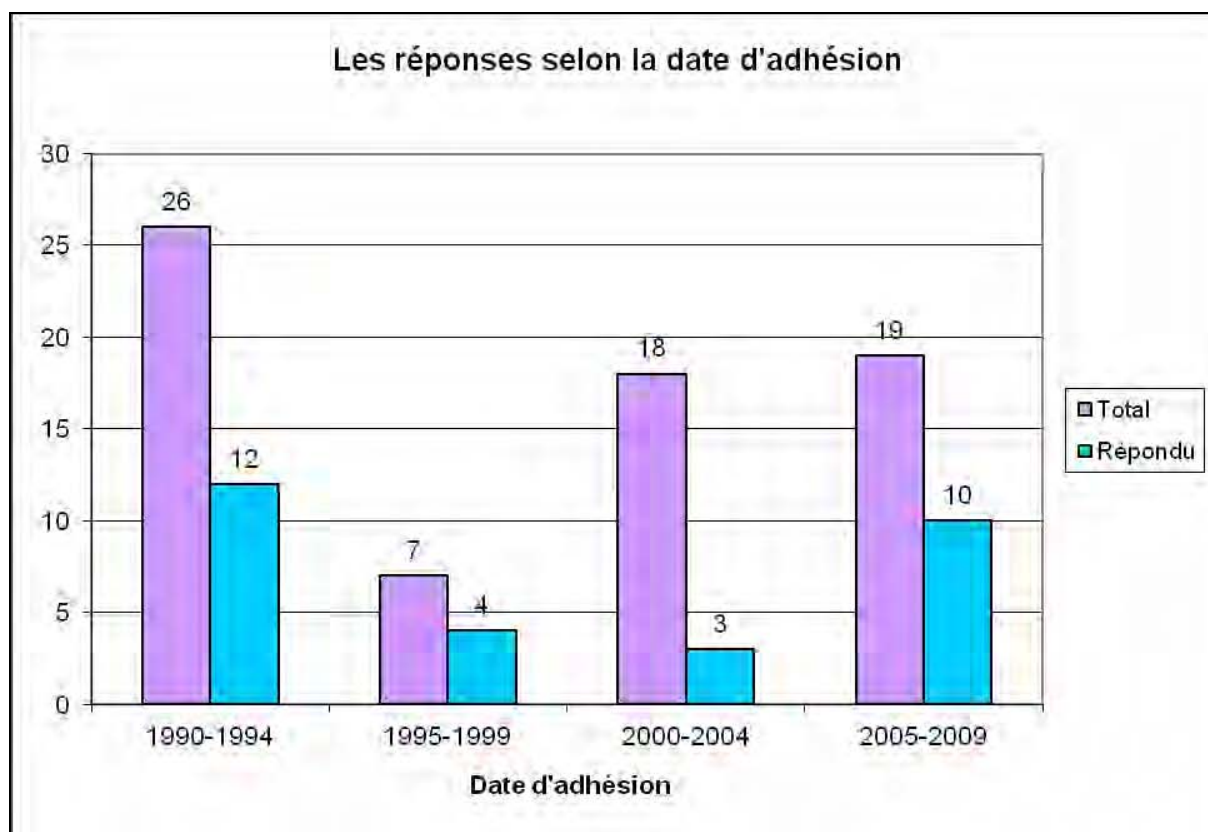


Source : questionnaire adressé aux Villes-Santé française, Erwan le Goff (2010)

- *l'ancienneté dans le réseau*

L'ancienneté dans le réseau constitue le troisième critère de représentativité, mais aussi une hypothèse de recherche : l'ancienneté dans le réseau contribue-t-elle à des politiques locales de santé plus innovantes et plus larges ? Les premières Villes-Santé, c'est-à-dire celles qui ont adhéré dans la première moitié des années 1990, ainsi que les Villes-Santé les plus récentes (adhérentes depuis 2005), représentent la majorité des réponses. La catégorie la moins représentée regroupe les villes qui ont adhéré au réseau au début des années 2000, lors de la relance du réseau à la faveur des ateliers santé ville et des agendas 21. Cette sous-représentativité est corrélée avec le critère de la taille des villes : huit des dix-huit villes qui ont adhéré au cours de cette période sont des villes de moins de 50 000 habitants.

Figure 9 : Réponses des Villes-Santé au questionnaire selon leur date d'adhésion



Source : questionnaire adressé aux Villes-Santé française, Erwan le Goff (2010)

L'objectif du questionnaire était de constituer un portrait du réseau des Villes-Santé avant d'effectuer des entretiens auprès des répondants qui l'ont accepté. Les principaux résultats du questionnaire ont pu être présentés lors d'une réunion du bureau du réseau. Les membres du bureau ont manifesté leur intérêt pour les résultats. Ceux-ci confirment leurs impressions générales. Certains résultats issus du questionnaire ont été diffusés auprès des Villes-Santé. Ils ont encouragé le réseau à développer certaines thématiques déjà pressenties par le réseau et qui ont par la suite fait l'objet de colloques ou de groupes de travail : mobilités et santé, urbanisme et habitat et santé.

3.3. Entretiens

La troisième source d'informations est constituée de quinze entretiens avec les élus délégués à la santé et les responsables des services municipaux de santé. Les entretiens ont été

effectués en face-à-face ou par téléphone. Certains entretiens ont été réalisés avec deux personnes, permettant ainsi une complémentarité des réponses : les services en charge de la santé (et en particulier les services de promotion de la santé) étant relativement réduits, nous avons parfois pu parler à l'ensemble du service (soit deux personnes). Trois grands axes ont guidé les entretiens : l'utilisation du réseau des Villes-Santé par la ville, les actions menées par la ville en matière de santé et le positionnement de la commune parmi les autres acteurs de la santé, qu'ils soient institutionnels ou associatifs. Ces axes s'appuient sur les résultats du questionnaire.

Les répondants au questionnaire avaient la possibilité d'indiquer s'ils souhaitaient poursuivre l'enquête avec un entretien. Plusieurs répondants ont accepté (élus et techniciens). Les élus et techniciens des Villes-Santé bretonnes ont, quant à eux, été systématiquement contactés. Des échanges plus informels ont également pu avoir lieu au cours de colloques ou de réunions avec d'autres acteurs de santé situés dans l'ensemble de la France et parfois peu accessibles du fait de leurs propres contraintes horaires. Les conversations ont pu être structurées en fonction des axes du guide d'entretien.

Encadré 6 : Positionnement vis-à-vis des acteurs au cours de la recherche

Les enquêtes et les entretiens nous ont conduits à participer au travail de différents acteurs : le réseau des Villes-Santé et la ville de Rennes. Lors de la première année de la recherche, nous avons participé à la rédaction d'un ouvrage édité à l'occasion des vingt ans du réseau des Villes-Santé⁵⁷, ayant pour objectif de mettre en valeur une expérience emblématique de chaque Ville-Santé. Il nous a permis de nous familiariser rapidement avec les actions des Villes-Santé et d'avoir une première vision globale du réseau. L'ouvrage a été diffusé à l'ensemble des villes du réseau et lors de chaque colloque où le réseau est présent. La collaboration a été réciproque, étant donné que le réseau nous a par la suite gracieusement transmis les coordonnées de l'ensemble des référents locaux du réseau (élus et techniciens) afin de pouvoir mener à bien notre questionnaire. Les résultats du questionnaire ont été présentés aux membres du bureau puis diffusés à l'ensemble des membres du réseau par l'intermédiaire du site Internet, ce qui a par la suite permis d'obtenir des entretiens avec des élus et des techniciens de plusieurs Villes-Santé (Amiens, Bourgoin-Jallieu, Toulouse,

⁵⁷ Réseau français des Villes-Santé, *Villes-santé en action*. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique, 2010, 96 p.

Nîmes,...). Certains résultats ont été repris dans l'ouvrage suivant du réseau⁵⁸, afin de souligner les éléments sur lesquels le réseau souhaite mettre l'accent, en particulier le déficit d'intersectorialité. Au cours de la recherche, les entretiens réguliers et informels avec la chargée de mission du réseau nous ont permis de faire progresser notre recherche et d'alimenter notre réflexion.

Nous avons également pu assister aux réunions du comité consultatif « santé et environnement dans la ville » de la ville de Rennes, ainsi qu'à certaines réunions du groupe de travail « santé, habitat, environnement » du comité consultatif, qui a conduit à l'élaboration d'une évaluation d'impact sur la santé d'un aménagement urbain. La participation au comité consultatif s'est limitée à une observation, sans intervention. Elle a permis de rencontrer certains acteurs de la ville de Rennes en matière de santé, et surtout d'assister à l'élaboration d'une culture commune entre les services municipaux de santé, le service urbanisme (un urbaniste en particulier), des services déconcentrés de l'Etat, des chercheurs de l'EHESP, des associations... La participation au séminaire « Urbanisme, santé, environnement » organisé en mai 2011 conjointement par le centre collaborateur et la Ville de Rennes a principalement consisté en l'observation des jeux d'acteurs, même si nous avons participé à un atelier de réflexion sur la place de l'enfant dans l'urbanisme à Rennes à partir du cas du quartier de Beauregard.

Le rapport au terrain ainsi qu'aux acteurs n'a pas été strictement extérieur au cours de la recherche. L'objectif était de maintenir une certaine distance vis-à-vis de l'objet de recherche, tout en apportant nos réflexions sur leurs pratiques. Les échanges informels au cours de ces rencontres ont permis d'alimenter de la même façon nos réflexions, au même titre que le questionnaire ou les entretiens semi-directifs formels.

Bien que l'idée de Ville-Santé soit promue et diffusée à l'échelle mondiale, l'analyse des politiques de santé menées est pertinente aux échelles les plus fines (régionale, locale), étant donné que « le territoire français est trop hétérogène pour appliquer systématiquement partout une planification normative » (Amat-Roze, 2011). Après avoir dressé un panorama de

⁵⁸Réseau français des Villes-Santé, *Pour un habitat favorable à la santé. Les contributions des villes*. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique, 2011, 112 p.

la diversité des formes de mises en œuvre des principes des Villes-Santé à l'échelle mondiale, il s'agira de voir si l'appartenance au réseau des Villes-Santé conduit les municipalités à s'engager dans des politiques locales de santé transversales et innovantes.

Partie 2. Les Villes-Santé : quelle application locale de principes globaux ?

Chapitre 4. Répartition et organisation en réseaux des Villes-Santé dans le monde

Le développement de politiques territoriales de santé accordant plus de place à la prévention et la promotion de la santé, et donc à la santé publique, est une évolution récente dans laquelle s'inscrivent les 4 000 Villes-Santé à travers le monde. D'abord réalisé en Europe occidentale, le projet des Villes-Santé, influencé par la charte d'Ottawa, bénéficie du concours d'un organisme intergouvernemental (l'OMS) afin de diffuser des idées qui s'appuient sur une conception globale de la santé. La diffusion mondiale des Villes-Santé s'inscrit dans le contexte de la mondialisation de la santé. Cette dernière est ambivalente, comme le souligne Jeanne-Marie Amat-Roze (Amat-Roze, 2010) : « la mondialisation est incontestablement porteuse de risques sanitaires ; mais ne fournit-elle pas aussi aux hommes de nouvelles armes pour les affronter ? Les enjeux mondiaux de la santé ne sont pas seulement des sujets angoissants comme l'émergence de maladies à l'échelle mondiale, mais également l'hybridation des formes de médecine (médecine occidentale, médecine chinoise,...). Certaines formes de médecine alternatives au modèle biomédical et dites « douces » peuvent ainsi se diffuser à l'échelle mondiale, comme le montre Anne-Cécile Hoyez à propos du yoga (Hoyez, 2012) dont la pratique s'est développée et diffusée jusqu'à constituer un « espace-monde ». Le programme des Villes-Santé constitue-t-il un vecteur de diffusion de nouvelles conceptions de santé ou est-ce la mondialisation des échanges (échanges d'idées, mobilités des personnes) qui favoriserait l'uniformisation des pratiques de santé ?

Les Villes-Santé ne sont pas seulement le vecteur d'une conception de la santé issue d'une organisation internationale. A l'exception de certaines d'entre elles, les Villes-Santé sont rassemblées au sein de réseaux aux échelles variables : échelle continentale, internationale (entre plusieurs pays), nationale, voire infra-nationale. Les Villes-Santé et leurs réseaux sont implantés de façon hétérogène, en fonction des continents et des sous-continent. Cette répartition est-elle le reflet des dynamiques sanitaires mondiales ? La création d'un

réseau national de Villes-Santé est-elle le signe d'une amélioration de l'état de santé de la population ? Bien que les pays du continent européen connaissent une dynamique sanitaire et politique relativement homogène, ceux-ci regroupent un nombre très variable de Villes-Santé : les cadres législatifs nationaux, les contextes locaux sont ainsi des éléments déterminants de la mise en œuvre d'un projet de Ville-Santé à l'échelle locale.

1. La répartition des Villes-Santé dans le monde, reflet des dynamiques sanitaires mondiales ?

Le programme des Villes-Santé s'appuie sur des textes fondateurs (charte d'Ottawa, Santé pour tous), issus d'une internationalisation des politiques de santé : les Etats s'accordent entre eux et signent des engagements peu contraignants dans la mesure où le non-respect de ces derniers ne comporte pas de réelles conséquences. De plus, la promotion de la santé est une conception de la santé adaptée aux pays développés, qui font face à des problèmes de santé que celle-ci peut atténuer (par exemple, lutter contre l'obésité en promouvant une activité physique régulière). La promotion de la santé peut ainsi apparaître en décalage par rapport aux enjeux sanitaires plus lourds de certains pays (paludisme et poids des maladies infectieuses, forte présence du VIH/SIDA, virus Ebola,...). La répartition des Villes-Santé est-elle le reflet des dynamiques sanitaires mondiales ? Les modalités de mise en place des projets locaux sont-elles homogènes à l'échelle mondiale, conduisant à une implantation *ex nihilo* ou dépendent-elles des contextes nationaux, locaux ?

1.1. Les Villes-Santé : un révélateur des dynamiques sanitaires à l'échelle mondiale

Les enjeux sanitaires sont généralement perçus comme secondaires dans l'étude du processus de mondialisation. Ils seraient avant tout des conséquences de dynamiques plus fondamentales : mondialisation de l'économie, des flux de personnes, de marchandises et de

capitaux,... L'analyse des faits de santé au prisme de la mondialisation, et des pratiques sanitaires en particulier, est ainsi un domaine de recherche encore récent.

1.1.1. La santé à l'échelle mondiale : l'évolution récente des recherches en géographie

L'élargissement des dynamiques économiques et spatiales à l'échelle mondiale est un objet de recherche de plus en plus important en géographie, en particulier avec le concept de mondialisation. Trois principales catégories de faits sont analysées par les géographes préoccupés par la santé à l'échelle mondiale : les maladies, les migrations des patients et des médecins, et les pratiques de soins. Le colloque « Santé et mondialisation » (Chasles, 2010) s'est ainsi préoccupé de ces trois catégories. L'analyse de la géographie des maladies dans le contexte de la mondialisation s'est beaucoup développée, du fait de l'émergence de nouvelles pathologies mondiales (VIH/SIDA : Gould, 1993) et de crises sanitaires mondialisées (H1N1, SRAS, H5N1,...) à la fin du XXème siècle. La transmission des virus contagieux qui provoquent ces pathologies s'est amplifiée grâce à la mondialisation : la croissance des mobilités individuelles et de l'échange de marchandises a pu conduire à la diffusion mondiale de maladies (Eliot, Daudé, 2007). La mondialisation de la santé est également étudiée sous l'angle des migrations à caractère médical (migrations des médecins en particulier). La mondialisation se caractérise par la mise en concurrence des espaces à l'échelle mondiale, selon une optique néo-libérale, qui s'applique également à la santé. Les migrations des personnels soignants (infirmiers, médecins) s'effectuent désormais à l'échelle mondiale, et sont en partie motivées par les avantages comparatifs des pays d'accueil. De même, le tourisme médical est déterminé par des besoins médicaux (soins) ou la recherche d'un bien-être (développement des migrations pour des opérations de chirurgie esthétique) ou de moindre coût. Enfin, la mondialisation de la santé se caractérise par la diffusion de nouvelles pratiques de santé, comme le développement de la médecine chinoise dans les sociétés occidentales. Cette approche est la plus récente en géographie de la santé, et renvoie à l'évolution générale de la géographie de la santé, qui s'est enrichie d'une approche sociale et culturelle.

Les Villes-Santé, en tant que porteuses d'une conception de la santé, constituent un objet de recherche courant en santé publique (De Leeuw, 2001 ; Kickbush, 2008). La création de réseaux sur la base d'idées et de manière de voir les actions est encore peu étudiée par les géographes, comme le souligne Sarah Atkinson (in Fleuret, Hoyez, 2011) : « les processus les

plus discrets, qui encadrent pourtant les paramètres de débat et qui font émerger des ‘cultures de pratiques’ ont été peu examinés ». Le mouvement des Villes-Santé constitue un processus relativement discret à l’échelle planétaire, l’OMS et ses bureaux régionaux y consacrant une faible part de leur budget. Cependant, le programme des Villes-Santé est implanté sur tous les continents, à des degrés divers.

1.1.2. La mondialisation de la santé : maintien des disparités de santé et émergence d’une gouvernance mondiale de la santé

L’impact direct et indirect de dynamiques spatiales mondiales sur l’état de santé global des individus (élargi au-delà des maladies et du système de santé) et sur la gouvernance de la santé est un objet de recherche relativement récent. L’analyse de l’état de santé d’un individu selon les déterminants de la santé ne tient pas explicitement compte de l’échelle mondiale (voir chapitre 1). L’état de santé global de la population à l’échelle mondiale s’est amélioré. Les déterminants environnementaux, économiques et socioculturels mondiaux ont un impact indirect sur la santé des individus : réchauffement climatique, recomposition des espaces économiques mondiaux,...

Le degré d’influence spécifique de la mondialisation sur les déterminants de santé reste encore à définir précisément. Les premières analyses (Labonté, 2007a et 2007b), dressent un bilan partagé : l’amélioration générale des conditions de vie à l’échelle mondiale a permis d’améliorer l’état de santé général de la population. La mondialisation peut avoir des impacts significatifs sur la santé (Huynen et al., 2005), étant donné qu’elle peut agir sur la plupart des déterminants « environnementaux ». Cependant, la mondialisation, en particulier dans ses aspects économiques, peut également contribuer à détériorer la santé des populations et à accroître les inégalités sociales de santé.

La mondialisation de la santé a surtout contribué à transformer la conception de la gouvernance de la santé, transformation soutenue par l’OMS, « agent de la transition de [la santé internationale] à [la santé globale] » (Brown, Cueto, Fee, 2006). La politique de santé n’est plus seulement l’affaire des Etats, comme l’ont démontré les crises sanitaires internationales des années 2000. Selon Pierre-Marie David (David, 2011), le basculement d’une santé internationale vers une santé plus globale s’opère au tournant des années 1980-

1990. Jusque dans les années 1980, la santé est présentée dans les discours de développement « comme produite par le système de santé étatique qui est lui-même un produit de la croissance économique ». Brown, Cueto et Fee (2006) distinguent ainsi la santé internationale, la santé intergouvernementale et la santé globale. La santé internationale renvoie au contrôle des épidémies internationales. La santé intergouvernementale fait référence aux « relations entre les gouvernements de nations souveraines – en ce cas, en relation avec les politiques et les pratiques de santé ». Le terme de santé globale se développe au cours des années 1990, sous l'influence de plusieurs facteurs, et en particulier dans le contexte de la perte de l'influence de l'OMS au profit d'autres acteurs politiques : Banque mondiale, ONG,... La santé globale implique la prise en compte des besoins sanitaires des populations de la planète entière, au-delà des enjeux nationaux. La santé globale insiste également sur l'importance de tous les acteurs, au-delà des gouvernements nationaux et des organisations intergouvernementales. Brown et al. (*idem*) considèrent ainsi l'OMS comme « une agence intergouvernementale qui exerce des fonctions internationales dans le but d'améliorer la santé globale ». Le réseau des Villes-Santé peut être considéré comme précurseur de la santé globale, dans la mesure où l'OMS a souhaité encourager les villes afin qu'elles développent des politiques de santé. Il n'a cependant pas su s'imposer dans les années 1990 et a été occulté par le développement durable.

Les Villes-Santé constituent un cas à part dans le processus de mondialisation de la santé. La mondialisation de la santé et des questions sanitaires a accru la préoccupation pour la santé, y compris de la part des collectivités territoriales, favorisant l'adhésion de nombreuses villes à la charte des Villes-Santé. Malgré tout, les contours d'une réelle gouvernance mondiale de la santé, qui associerait toutes les échelons de décision, restent à définir : dans le domaine de la santé, « l'abdication des États » (Vaguet, 2010) n'est pas à l'ordre du jour, chaque Etat conservant ses prérogatives.

1.1.3. L'inégale répartition mondiale des Villes-Santé, conséquence des disparités mondiales de santé

Les six bureaux de l'OMS ont mis en place de façon différenciée plusieurs programmes ayant spécifiquement trait à des environnements favorables à la santé (« healthy settings »), que l'on peut regrouper en trois catégories. La première catégorie, qui inclut les

Villes-Santé, est composée des programmes encourageant des autorités locales à s'investir dans le champ de la santé. Il peut s'agir de villes comme de villages, voire d'îles dans les cas particuliers du Pacifique Ouest et de l'Asie du Sud-Est. Seul le bureau africain (Afrique subsaharienne) n'a pas établi de programme des Villes-Santé, son action étant plutôt dirigée sur les villages, du fait du plus faible taux d'urbanisation du continent. Le bureau de l'Est Méditerranéen a mis en place à la fois des Villes-Santé et des « Villages-Santé » : la diversité du taux d'urbanisation des pays du périmètre de ce bureau régional est un élément de l'explication de cette juxtaposition (Kosh-Chashm, 1995). L'Asie (excepté le Japon) et l'Afrique apparaissent ainsi comme les deux continents où le programme des Villes-Santé a été le moins développé. Les objectifs des Villes-Santé correspondent assez peu aux enjeux sanitaires des villes asiatiques et des villes africaines, ce qui explique en grande partie la faiblesse de la diffusion de ce modèle (20 Villes-Santé en Afrique subsaharienne en 2000). En effet, la promotion de la santé, élément central de la philosophie des Villes-Santé, ne constitue pas leur priorité sanitaire.

Enfin, les « Villes amies des aînés » sont un programme lancé par l'OMS en 2010 à l'échelle mondiale, et relayé par un seul bureau, dont les pays sont tous concernés par l'enjeu du vieillissement de sa population (bureau européen). Ainsi, les contextes « régionaux » sont pris en compte dans l'élaboration de cette catégorie.

Les deux autres types de programmes sont quant à eux plus spécifiques : programmes encourageant des institutions à s'engager dans la promotion de la santé (hôpitaux, écoles, universités, prisons) ou en direction de lieux particuliers : marchés alimentaires, lieux de travail, logement. Par exemple, le programme des Universités-Santé, lancé en 1995 par l'université de Lancaster⁵⁹, a pour objectif d'intégrer les problématiques de santé dans le fonctionnement de l'université, afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être des étudiants et du personnel (72 universités participent à ce programme aux Etats-Unis).

⁵⁹ http://www.who.int/healthy_settings/types/universities/en/index.html

Tableau 2 : Les programmes des bureaux régionaux de l'OMS : « healthy settings »

	Europe	Amérique	Pacifique Ouest	Asie du Sud-Est	Est-Méditerranée	Afrique
Espaces						
Villes-Santé	X	X	X	X	X	
Municipalités et communautés		X				
Villages					X	X
Iles			X	X		
Villes amies des aînés	X					
Institutions						
Ecoles		X	X		X	X
Universités	X	X	X			
Hôpitaux	X					
Prisons	X					
Lieux spécifiques						
Logements	X					
Maisons		X	X	X	X	X
Marchés alimentaires		X	X			
Lieux de travail	X		X			

X : Participation du bureau régional au programme

Source : OMS, 2011

La diffusion du réseau des Villes-Santé à travers le monde est très inégale. La prise en compte des enjeux sanitaires à l'échelle mondiale n'a pas contribué à répartir de façon homogène les Villes-Santé. En effet, si certains pays comptent plusieurs dizaines de Villes-Santé (USA, Danemark,...), d'autres n'ont pas encore entamé de démarche. Il est difficile d'accéder à des données récentes pour l'ensemble des Villes-Santé du monde, aucun bilan mondial récent n'ayant été effectué. Les disparités des données d'un bureau régional à l'autre, et d'un pays à l'autre, rendent difficile toute analyse exhaustive des Villes-Santé à l'échelle mondiale. Evelyne de Leeuw a établi un bilan en 2001 (de Leeuw, 2001) : environ 4 000 villes pouvaient alors être considérées comme appartenant au programme des Villes-Santé. La situation a considérablement évolué depuis cette date dans certains pays (voir l'exemple de la Corée du Sud ci-dessous), empêchant toute estimation du nombre actuel de Villes-Santé. Néanmoins, il est possible de déterminer des tendances à partir des résultats d'Evelyne de Leeuw, des informations fournies par les différents réseaux nationaux sur leurs sites Internet et dans la presse internationale. En 2000, le mouvement des Villes-Santé est particulièrement bien implanté sur le continent américain (environ 1 800 Villes-Santé, dont 1 500 en Amérique latine), en Europe (1 500 Villes-Santé) et sur la côte Ouest du Pacifique : Japon, Australie, Nouvelle-Zélande.

Les pays émergents, et en particulier la Chine et les pays du Golfe persique, ont entamé la démarche des Villes-Santé à partir des années 2000. L'amélioration des conditions de vie et la volonté de s'inscrire dans des réseaux internationaux expliquent ce développement rapide. La désignation par l'OMS du comité de promotion de la santé municipale de Shanghai comme le centre collaborateur des Villes-Santé de l'OMS en 2010 indique la place croissante de la Chine dans le réseau des Villes-Santé. Cette désignation est liée à l'ouverture de la Chine. En effet, l'OMS n'accorde le statut de centre collaborateur qu'à des organisations capables de relayer les informations à grande échelle (voir les centres collaborateurs des Villes-Santé francophones ou de la mer Baltique). La région Pacifique-Ouest possédait déjà un centre collaborateur à Kobé.

La diffusion des Villes-Santé à l'échelle mondiale est le reflet de l'amélioration de l'état de santé des populations, de l'émergence de ce fait de nouvelles préoccupations et de l'expression de nouveaux besoins (passage des besoins physiologiques aux besoins de sécurité, jusqu'au besoin de bien-être, synthétisés par la pyramide de Maslow), et dans une moindre mesure la conséquence de la recomposition des forces politiques et économiques mondiales. Le cas des Villes-Santé du Moyen-Orient confirme cette tendance. L'Arabie saoudite a amorcé la démarche en 1998 et compte désormais environ vingt-quatre Villes-Santé⁶⁰. D'autres pays pétroliers (Qatar, Bahreïn) participent au programme des Villes-Santé depuis 2004⁶¹. L'Etat de Bahreïn, en raison de sa faible superficie, est le premier Etat à être entièrement couvert par le programme des Villes-Santé.

Le développement des Villes-Santé à l'échelle mondiale est le résultat de plusieurs facteurs. Le degré d'urbanisation est l'un des premiers critères : les Villes-Santé sont moins nombreuses dans les pays les moins urbanisés déjà abordé. De plus, la promotion de la santé n'est une priorité sanitaire qu'à partir d'un certain stade de la transition épidémiologique. Ainsi, la rareté de l'implantation des Villes-Santé en Afrique n'est pas seulement le reflet de l'engagement du bureau régional vis-à-vis de ce programme, mais surtout une conséquence des enjeux sanitaires du continent, comme la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, ou toutes les pathologies liées au manque d'accès à une eau de qualité. A l'inverse, les pays développés, davantage préoccupés par les maladies chroniques, issues de facteurs biologiques

⁶⁰ <http://www.hcp.gov.sa>

⁶¹ http://www.moh.gov.bh/pdf/hidinfo/hidinfo_mar04.pdf

(maladies dégénérantes : cancers, maladie d'Alzheimer) ou environnementaux (cancers environnementaux, liés par exemple à la pollution⁶²) s'identifient aisément aux principes des Villes-Santé. Les pays émergents ont tendance à s'inscrire dans le réseau des Villes-Santé au fur et à mesure de l'amélioration de l'état de santé de leur population. Enfin, la part de la dépense publique de santé dans les dépenses publiques totales est le troisième facteur déterminant. Le rapport sur la santé dans le monde édité par l'OMS en 2010⁶³ montre que « généralement, la santé représente une proportion plus élevée des dépenses publiques totales lorsque le pays s'enrichit » (p.26) : en 2007, les pays des bureaux régionaux des Amériques, d'Europe et du Pacifique occidental (qui ont le plus développé les programmes consacrés aux environnements favorables à la santé) consacrent environ 12% de leurs dépenses publiques à la santé, contre 10% pour l'Afrique, 9% pour l'Asie du Sud-Est (avec une diminution depuis 2003-2004) et 7% pour la Méditerranée orientale.

1.2. La variabilité des modes de diffusion et de mise en œuvre des Villes-Santé à l'échelle mondiale

La mise en place d'un projet de Ville-Santé constitue la concrétisation de principes théoriques assez larges pour être universels, à l'image du développement durable. La dispersion mondiale des Villes-Santé pose la question des modalités de diffusion de ce programme. Le développement des Villes-Santé ne s'explique pas seulement par le rôle de l'OMS. En effet, bien que l'OMS soit à l'origine des Villes-Santé, son action n'explique pas les raisons de la consolidation ou la disparition de projets, le rôle du bureau régional de l'OMS, des Etats, des acteurs locaux, est fondamental, conduisant à des projets locaux à géométrie variable

1.2.1. L'hétérogénéité des modalités de diffusion des projets Villes-Santé à l'échelle mondiale

Le mode de diffusion du programme des Villes-Santé à l'échelle mondiale combine un mouvement vertical (descendant) et un mouvement horizontal. La première étape, commune à l'ensemble des bureaux régionaux, consiste en une relation directe entre le bureau régional et

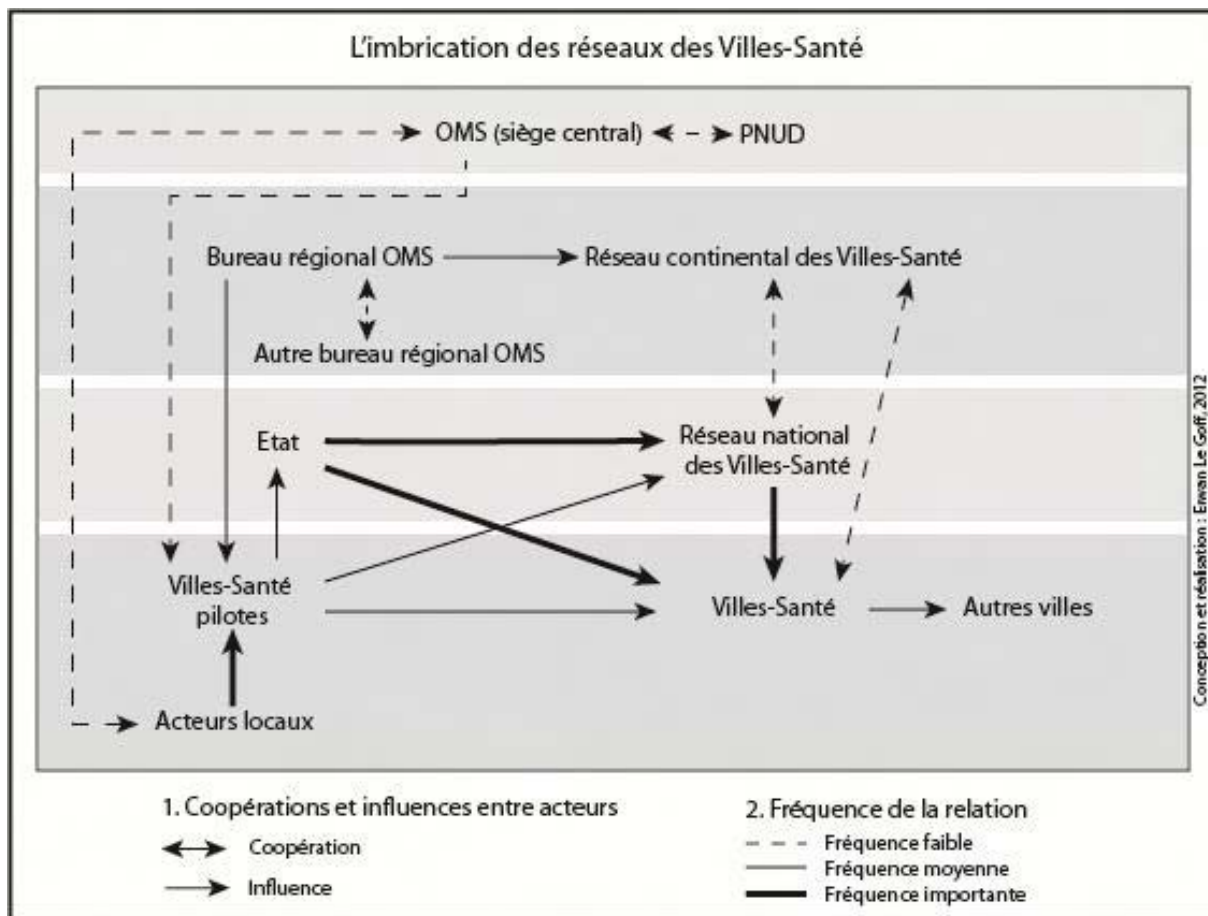
⁶² L'OMS a classé en juin 2012 le diesel parmi les substances cancérogènes.

⁶³ Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2010/fr/index.html>

des villes pilotes. Ces villes pilotes sont chargées de mettre en place le programme des Villes-Santé. Cela a, par exemple, été le cas pour la région Ouest-Pacifique (Takano, 2003). Les trois premiers pays qui ont initié le programme à la fin des années 1980 (1987-1990) sont également les plus développés de la région : le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Trois villes pilotes ont été désignées en Australie à cette époque (huit villes australiennes font partie du réseau des Villes-Santé en 2012), Tokyo a intégré le programme en 1991, soit deux ans avant la mise en place par le ministère japonais de la santé d'un programme national intitulé « santé, culture, villes ». Les Villes-Santé ont été élargies à d'autres pays de la région sous l'influence des deux bureaux régionaux en charge de l'Asie, qui ont sélectionné en 1993 plusieurs villes en Chine, en Malaisie et au Viêt-Nam. Le Cambodge, le Laos, la Mongolie ont entamé la démarche en 1996, avant d'être rejoints par les Philippines, le Fidji et la Papouasie Nouvelle-Guinée en 1999, puis la Corée du Sud en 2004. La collaboration entre deux bureaux régionaux reste cependant exceptionnelle : la division administrative en deux bureaux régionaux du continent a été dépassée pour mettre en place le programme des Villes-Santé.

L'importance de l'OMS diminue au fur et à mesure de l'avancement des projets pilotes (cf. figure 10) : elle a surtout un rôle d'impulsion des dynamiques locales, qui sont ensuite maintenues par les acteurs locaux. L'expertise d'États plus développés peut jouer un rôle dans le renforcement des projets en place. Le réseau des Villes-Santé de l'Etat du Pernambouc au Brésil (De Sa Franci et al, 2011) a fait appel à d'autres États du Brésil, mais également au Japon et au Canada, deux pays particulièrement investis dans le programme des Villes-Santé. Le réseau des Villes-Santé s'appuie ainsi sur la coopération entre villes de pays développés et villes de pays émergents ou en développement.

Figure 10 : L'imbrication des réseaux des Villes-Santé



La diffusion du réseau se poursuit à la fois verticalement et horizontalement. Le programme des Villes-Santé peut être étendu par l'intermédiaire de l'État, qui l'intègre dans ses politiques publiques, ou par l'intermédiaire d'un réseau national des Villes-Santé, qui peut être soutenu ou non par un gouvernement. Des rapports plus horizontaux (de ville à ville) existent également : l'émulation entre villes, c'est-à-dire entre acteurs locaux de plusieurs villes, peut conduire au développement d'un programme Villes-Santé. Ces coopérations inter-cités peuvent s'opérer entre villes d'un même pays, mais également entre villes de pays différents. La santé fait par exemple l'objet d'un accord de coopération entre les villes de Mulhouse et de El Khroub (Algérie).

1.2.2. Pérennisation et développement de projets. L'effacement de l'OMS au profit d'acteurs plus traditionnels : l'Etat et les acteurs locaux

Le processus de diffusion des Villes-Santé tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle nationale, est relativement identique d'un pays à l'autre, quel que soit le continent envisagé. L'implication de trois acteurs — le bureau régional de l'OMS, le gouvernement et les acteurs locaux — explique ensuite le stade de développement du programme dans chaque pays. La structuration d'un ensemble d'initiatives émanant de la base, c'est-à-dire des villes, par le gouvernement est décisive dans le développement d'un réseau national des Villes-Santé, qui constitue ensuite le moteur de l'expansion des Villes-Santé sur le territoire national : l'articulation avec l'OMS est minorée au profit d'une relation plus importante avec l'échelon national, bien que l'affichage « OMS » soit présent.

La mise en place des Villes-Santé dans les pays émergents ne date pas seulement de la fin des années 1980, mais elle peut également être plus tardive : l'amélioration globale de l'état de santé de la population n'est pas dans certains cas l'élément déclencheur de la création d'un réseau de Villes-Santé. Le cas de la Corée du Sud est particulièrement intéressant : le budget consacré à la promotion de la santé est l'un des plus conséquents à l'échelle mondiale, alors que la Corée n'a entamé une politique de promotion de la santé qu'à partir de 2002 (« Plan national coréen 2010 pour la santé »). Ce programme s'inspire de programmes australiens et états-uniens. Le programme coréen des Villes-Santé débute en 2004, à partir de quatre régions pilotes, un an après la création du réseau des Villes-Santé du Pacifique-Ouest (Alliance pour les Villes-Santé). Jusqu'alors, seuls le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande s'étaient investis dans le programme des Villes-Santé, et cela dès le début des années 1990. En 2010, 55 villes sud-coréennes sont labellisées Villes-Santé, soit un nombre de villes relativement proche du réseau français à la même période. Dès 2006, le gouvernement coréen crée le réseau coréen des Villes-Santé. En 2007, il a organisé un forum pour développer le programme des Villes-Santé, et un système d'accréditation a été mis en place l'année suivante. En 2010, la Corée du Sud est le pays qui compte le plus de Villes-Santé au sein du bureau Pacifique-Ouest. La diffusion du programme des Villes-Santé sur le territoire sud-coréen est donc issue de trois dynamiques. La dynamique internationale, portée par le bureau régional de l'OMS (création du réseau des Villes-Santé du Pacifique Ouest), mais également l'influence des pays voisins dans la mise en place de nouvelles politiques ont été déterminantes pour lancer la démarche des Villes-Santé en Corée du Sud. Le gouvernement

coréen a rapidement pris le relais, en s'investissant de façon importante, tant politiquement que financièrement. Enfin, la réception locale du programme a été globalement positive, ce qui a permis un développement rapide du réseau national.

Le rôle de l'Etat est également très important dans le développement des Villes-Santé en Amérique latine. Deux pays latino-américains sont particulièrement investis dans le programme des Villes-Santé : le Mexique et l'Argentine, qui comptent chacun plus de 700 Villes-Santé, soit la quasi-totalité des Villes-Santé du sous-continent. Certaines municipalités sont devenues des Villes-Santé sans le concours direct de l'OMS et sans soutien de l'Etat. Ces cas restent relativement rares dans le monde et peuvent être expliqués par le rôle important des élites locales, comme en Algérie et en Tunisie. Le cas de la création de la seule ville-santé algérienne (El Khroub, ville nouvelle de 150 000 habitants proche de Constantine) permet de voir en quoi le contexte local est fondamental pour une implantation réussie d'un projet de Ville-Santé. L'initiative, issue d'un petit groupe de cadres constantinois sensibles aux questions de santé, débute en 1996, à l'occasion de la journée mondiale de la santé, alors consacrée aux Villes-Santé⁶⁴. L'importance parmi ces cadres du Professeur Abdelhamid Aberkane est déterminante dans la mise en œuvre du projet local, étant donné son parcours professionnel : professeur de médecine, recteur d'université, homme politique. Actuellement chef de service du CHU de Constantine, il a occupé de hautes fonctions ministérielles (en particulier ministre de la santé de 2001 à 2003) et internationales (membre puis président du conseil exécutif de l'OMS de 1996 à 1998), mais également locales (maire d'El Khroub en 1997). Les deux principales réalisations du projet Ville-Santé de la ville d'El Khroub sont l'association Ville-Santé, qui sert d'interface entre la municipalité, les acteurs locaux de santé publique et les habitants, ainsi que le centre de santé communautaire. Le projet a beaucoup évolué en quinze ans, mêlant des actions relevant de l'hygiène publique (amélioration de la qualité de l'eau) et des actions curatives (centre de santé communautaire) ou préventives (prise en compte de la santé lors de la réorganisation des transports de la ville). Les acteurs locaux se sont également approprié la démarche d'agenda 21 à partir de 2009. L'université de Constantine participe à l'évaluation de la démarche, par l'intermédiaire du laboratoire « Villes et santé ». La mise en œuvre du programme des Villes-Santé en Tunisie et au Maroc est sensiblement différente du cas d'El Khroub, l'OMS ayant joué un rôle plus important dans la mise en place du projet-pilote de la ville tunisienne de l'Ariana en 2007, localement soutenue

⁶⁴ Informations recueillies lors d'un séjour à Constantine (Algérie) en avril 2011.

par le Dr. Habiba Zéhi Ben Romdhane⁶⁵, médecin en santé publique, formée au Canada, aux Etats-Unis et au Japon, experte auprès de l'OMS, et ministre de la santé depuis 2011. De même, quatre villes marocaines (Agadir, Meknès, Settat et Mohammedia) ont été désignées par l'OMS comme Villes-Santé pilotes. L'instabilité politique de la Tunisie depuis le renversement de Ben Ali, et dans une moindre mesure du Maroc, permettent difficilement d'envisager un scénario à l'avenir pour le développement des Villes-Santé.

Le rôle prépondérant de l'OMS (Tunisie, Maroc) ou des dynamiques locales (Algérie) explique en grande partie l'absence d'autres Villes-Santé dans ces trois pays. En creux, apparaissent deux éléments fondamentaux : le faible rôle de l'État, dans des pays où les municipalités ont des pouvoirs limités, ainsi que la non concordance des principes des Villes-Santé avec les enjeux sanitaires locaux (par exemple, la création d'environnements favorables à la santé est en décalage par rapport à des besoins plus vitaux, comme l'accès à l'eau potable). Les villes de L'Ariana et d'El Khroub se sont appuyées sur l'expérience internationale déterminante de deux personnalités aux parcours internationaux et nationaux similaires. Ces acteurs constituent une courroie de transmission entre l'échelon mondial (présence à l'OMS, études de médecine effectuées à l'étranger) et l'échelon local. Cette articulation a ensuite été valorisée par des responsabilités nationales (ministres de la santé).

L'installation d'un programme Ville-Santé par le bureau régional peut être vouée à l'échec en l'absence de soutien de l'Etat et du milieu local. En 1995, l'OMS et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ont lancé des actions conjointes dans les pays en développement. La mise en place de projets locaux de Villes-Santé dans quatre villes pilotes (Cox Bazar au Bangladesh, Quetta au Pakistan, Dar es Salaam en Tanzanie et Managua au Nicaragua) faisait alors partie de ces actions. La greffe n'a cependant pas fonctionné à Managua et Dar es Salaam, car le programme des Villes-Santé était encore considéré, à la fin de l'action conjointe de l'OMS et du PNUD, comme un programme international de l'OMS (Naerssen et Barten, 2002). La société civile locale (médecins, associations,...) était très peu développée et ne s'est pas appropriée l'initiative des deux institutions internationales.

⁶⁵ <http://www.leaders.com.tn/article/mme-habiba-ezzahi-ben-romdhane-ministre-de-la-sante-publique?id=3852>

L'analyse des Villes-Santé ne peut pas se limiter à l'échelle mondiale. Comme l'affirment Alain Vaguet, Mylène Riva et Virginie Chasles (Vaguet, Riva et Chasles, 2011), « aucun niveau n'existe sans les autres, de l'individu au local au global. Il convient de toujours se resituer dans un système d'interventions multi scalaires, qui combine actions au niveau individuel mais aussi interventions à une échelle 'macro' visant à modifier les politiques sociales et sanitaires ». Les Villes-Santé sont des manifestations de la mondialisation de certaines idées et valeurs, en particulier dans les pays en développement, qui sont pourtant peu sensibles à la promotion de la santé, étant donné le fossé qui les sépare des pays les plus développés dans le domaine sanitaire. Elles ne constituent pas pour autant des vecteurs d'une nouvelle vision mondialisée de la santé publique, celle-ci restant encore principalement du ressort des États. Cependant, les Villes-Santé contribuent, par l'intermédiaire de leurs réseaux, à développer la circulation des idées et des innovations des territoires en matière de santé.

2. Les Villes-Santé en Europe : des réseaux disparates, dépendants au contexte national et local

L'origine du concept de Ville-Santé remonte à 1984. Lors d'une conférence à Toronto, qui avait pour objectif de dresser un bilan des dix années écoulées depuis le rapport Lalonde (rédigé en 1974, il oriente la politique de santé du Canada et conseille d'intégrer le système de soins et la politique de prévention et de promotion de la santé dans une politique unique), Leonard Duhl, professeur de santé publique à Berkeley, évoqua pour la première fois le concept de Ville-Santé. Le Dr Ilona Kickbush, alors directrice du service de la promotion de la santé du bureau européen de l'OMS, y a vu l'opportunité d'appliquer concrètement le principe de la « Santé pour tous ». Les Villes-Santé européennes constituent un cas à part. En effet, le programme des Villes-Santé a été initié par le bureau européen de l'OMS au début de l'année 1986 (Ashton, 1992). Les premiers objectifs envisagés étaient modestes : il s'agissait de développer un projet de promotion de la santé limité à quatre ou six villes. Le développement des Villes-Santé a été très important : en 2012, le réseau européen compte 96 villes, et environ 1 500 villes sont membres d'un réseau national de Villes-Santé en Europe. Les pays du bureau européen de l'OMS présentent moins de contrastes que ceux des autres

bureaux de l'OMS, tant dans l'état de santé des populations que dans la part des dépenses publiques consacrées à la santé. Actuellement, le réseau européen des Villes-Santé est le plus structuré et le plus actif des réseaux continentaux des Villes-Santé. De plus, une vingtaine de pays européens disposent d'un réseau national.

2.1. La complexité des réseaux

L'échange d'informations entre les Villes-Santé repose sur un fonctionnement en réseaux, qui n'est pas spécifique aux Villes-Santé. Les villes éducatrices, les villes amies des enfants (UNICEF),... fonctionnent sur un modèle identique : les villes sont invitées, à partir d'une charte générale qui guide les grands principes d'action, à mettre en commun leurs expériences au profit des autres villes du réseau. La complexité des réseaux du continent européen, qui s'imbriquent et se superposent, pose la question de l'intérêt de cette multi-appartenance : comment s'articulent ces réseaux d'échelle et de taille différentes ? Comment ces réseaux sont-ils utilisés par les acteurs, et permettent-ils une circulation et un échange des idées et des expériences ?

2.1.1. Un réseau continental structuré

Le réseau européen des Villes-Santé est le plus structuré de tous les réseaux continentaux des Villes-Santé. Le programme des Villes-Santé est un programme « stratégique et interdisciplinaire »⁶⁶, rattaché directement au directeur du bureau régional. Les programmes « stratégiques et interdisciplinaires » (il existe par exemple un programme consacré aux déterminants sociaux de la santé) sont séparés des programmes plus traditionnels de l'OMS (maladies transmissibles ou non transmissibles, information et recherche), permettant ainsi de penser la santé de façon plus transversale que des actions ciblées sur des pathologies en particulier (tuberculose,...). Si ces derniers programmes sont présents dans chaque bureau régional, les programmes spéciaux sont laissés à l'appréciation de chaque bureau régional, qui peut encourager certains programmes en fonction des enjeux sanitaires du continent dont il a la charge. Un ancien directeur du bureau régional européen de l'OMS que nous avons pu contacter n'a cependant pas été en mesure de nous répondre sur

⁶⁶ Voir l'organigramme du bureau européen de l'OMS

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/115758/EURO_organigram_2010_f.pdf

le programme des Villes-Santé, qu'il connaissait assez peu. Une personne est chargée du programme des Villes-Santé, sous la direction du coordinateur des programmes interdisciplinaires, stratégiques et spéciaux : elle diffuse en particulier les informations de l'OMS en direction des différents réseaux nationaux et anime le réseau.

Contrairement aux autres continents, l'OMS n'a pas désigné de villes pilotes en Europe : la participation des premières villes au projet des Villes-Santé a été volontaire. Les premières Villes-Santé européennes (et mondiales) ont été nommées en 1987 (Davies et al., 1993). Leurs différences sont si importantes qu'il n'est pas possible d'établir un profil type, entre la ville de Horsens (Danemark, 50 000 habitants) et des capitales et métropoles européennes (Stockholm, Sofia, Barcelone, Düsseldorf, Brême) ou des villes moyennes (Rennes, Pecs, Liverpool, Turku, Bloomsbury). Les villes qui ont intégré le programme en 1988 et 1989 ont un profil moins hétérogène : il s'agit principalement de capitales (Copenhague, Jérusalem,...) ou de métropoles régionales : Glasgow, Munich, Patras (troisième ville grecque), Kaunas (deuxième ville lituanienne). L'objectif du bureau de l'OMS était d'établir des relais nationaux du programme afin d'inciter d'autres villes à rejoindre le programme européen. Au cours des premières années, la constitution de réseaux nationaux n'était pas à l'ordre du jour.

Tableau 3 : Les premières Villes-Santé européennes selon leur date d'intégration

1987	1988	1989
Barcelone (Espagne)	Belfast (Royaume-Uni)	Dublin (Irlande)
Bloomsbury (Royaume-Uni)	Copenhague (Danemark)	Francfort (Allemagne)
Brême (Allemagne)	Eindhoven (Pays-Bas)	Kaunas (Lituanie)
Düsseldorf (Allemagne)	Glasgow (Royaume-Uni)	Nancy (France)
Horsens (Danemark)	Göteborg (Suède)	Séville (Espagne)
Liverpool (Royaume-Uni)	Jérusalem (Israël)	
Pecs (Hongrie)	Liège (Belgique)	
Rennes (France)	Milan (Italie)	
Sofia (Bulgarie)	Montpellier (France)	
Stockholm (Suède)	Munich (Allemagne)	
Turku (Finlande)	Padoue (Italie)	
	Patras (Grèce)	
	Vienne (Autriche)	
	Zagreb (Croatie)	

Source : Davies et al., 1993, d'après Curtis et McQueen, 1990

Le réseau européen des Villes-Santé a pour objectif principal de permettre les échanges d'informations et de pratiques entre les villes. Trois modes de communication sont utilisés. Les adhérents ont accès à une plate-forme numérique qui leur permet de consulter des informations, de déposer des dossiers (la majorité des informations est rédigée en anglais), sous forme d'un extranet, c'est-à-dire un réseau sécurisé accessible par Internet nécessitant un identifiant et un mot de passe. La dématérialisation des relations grâce aux technologies de l'information et de la communication, permise par le développement de technologies qui a permis l'émergence d'une « société en réseaux » (Castells, 1998), est un élément important dans la mise en place des réseaux des Villes-Santé : Internet n'est pas seulement utilisé comme une vitrine (sites Internet) mais également comme un outil de coopération internationale entre les responsables ou animateurs du programme dans les villes adhérentes. Des rencontres sont également organisées pour animer le réseau. Outre un colloque annuel, qui cumule les fonctions de lieux d'échanges et de promotion des actions locales par les élus

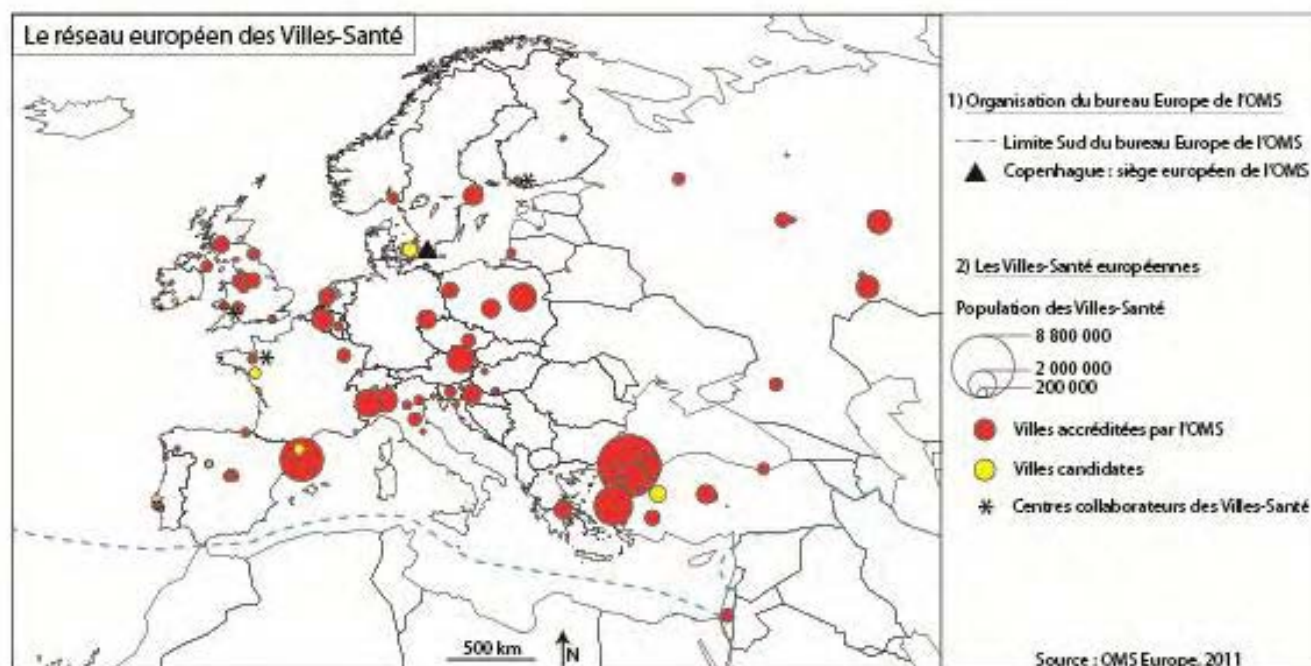
et les techniciens des municipalités, le bureau européen de l'OMS organise régulièrement des réunions des coordinateurs des différents réseaux nationaux.

L'entrée dans le réseau européen nécessite la constitution d'un dossier conséquent, rédigé en anglais. Les dossiers de candidature auxquels nous avons pu avoir accès, en particulier dans les archives municipales de la ville de Rennes, rassemblent à la fois les actions déjà menées par la municipalité en matière de santé (une municipalité « néophyte » en matière d'implication dans des politiques favorables à la santé peut donc difficilement adhérer au réseau européen) et la présentation des projets. L'adhésion est limitée dans le temps, et doit être renouvelée avant chaque nouvelle « phase » (cf. chapitre 3). L'adhésion au réseau nécessite également un effort financier de la part des municipalités (6 000 dollars en 2011, soit environ 4 500 Euros). A titre de comparaison, la cotisation la plus élevée du réseau français en 2011 s'élève à 2 122 Euros pour les villes de plus d'un million d'habitants.

Le réseau européen compte 96 villes en mai 2012⁶⁷ (cf. carte 7). La répartition des Villes-Santé est hétérogène, malgré l'instauration d'une limite au nombre de membres par pays, en fonction du nombre d'habitants. Les deux pays qui comptent le plus de Villes-Santé sont la Turquie et le Royaume-Uni. Les villes turques accordent autant d'importance au réseau européen qu'au réseau national, créé en 2004 : les adhésions aux réseaux turc et européen sont simultanées, contrairement à la plupart des autres Villes-Santé européennes. Le cas du Royaume-Uni est différent : le Royaume-Uni n'a pas disposé de réseau national durant plusieurs années. En 2010, le ministère de la santé britannique a financé la création d'un nouveau réseau, pour une durée de trois ans, les Villes-Santé européennes étant membres de droit du réseau national : les Villes-Santé britanniques constituent un cas atypique dans le paysage des Villes-Santé européennes. En effet, la comparaison du nombre de Villes-Santé appartenant au réseau géré par le bureau régional de l'OMS et de l'ensemble des Villes-Santé du continent européen permet de voir que la plupart des Villes-Santé européennes n'adhèrent pas au réseau européen (cf. carte 8).

⁶⁷<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/news/news/2012/01/94-cities-now-designated-in-phase-v-of-healthy-cities>

Carte 7 : Le réseau européen des Villes-Santé



Source : OMS Europe, 2011

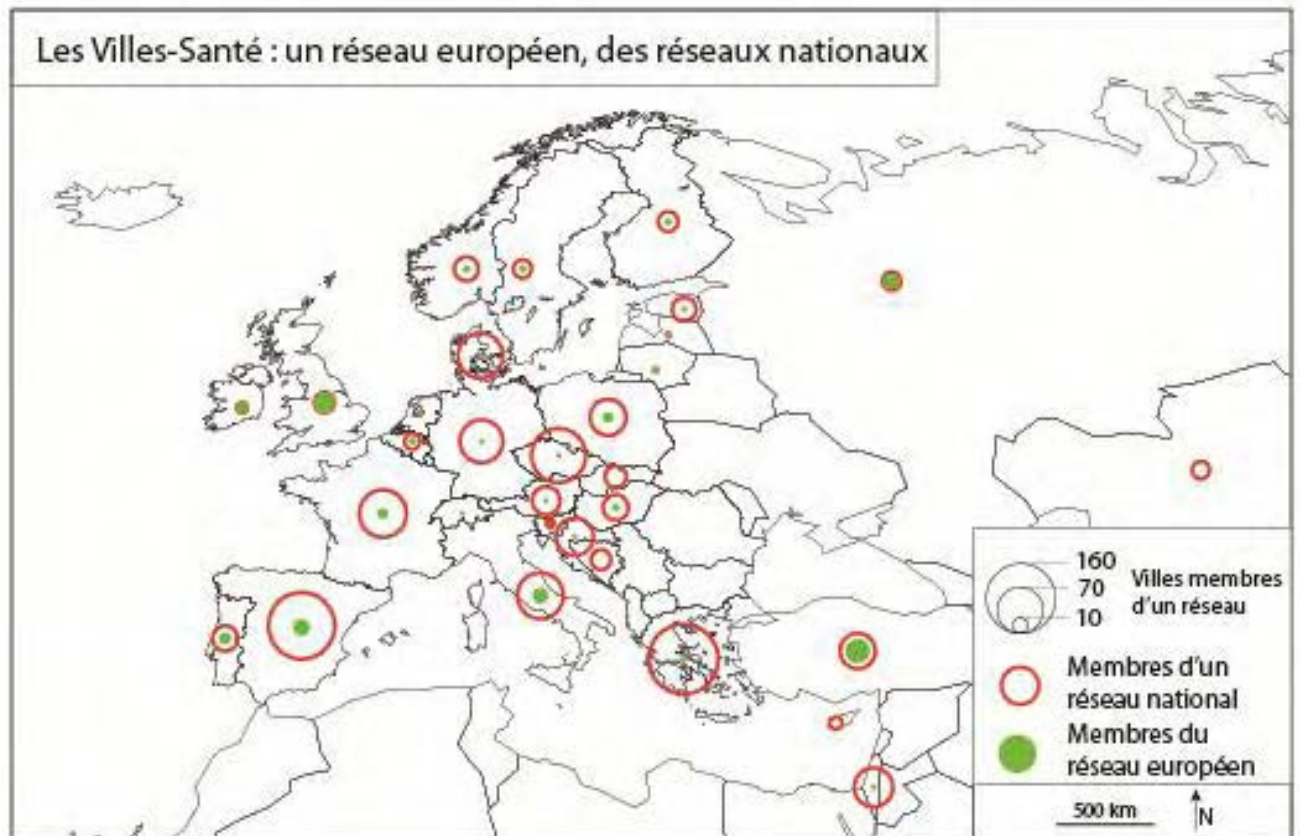
2.1.2. Réseaux internationaux, réseaux nationaux

Les Villes-Santé du réseau européen ont un rôle de courroie de transmission vis-à-vis des autres Villes-Santé. Le nombre de Villes-Santé en Europe est cependant assez indépendant de l'influence de l'OMS : le rôle des États et des réseaux nationaux est déterminant dans la plupart des pays. Le cas du Danemark est révélateur de cette dynamique. Une grande partie des municipalités danoises (59 sur 98) sont devenues des Villes-Santé⁶⁸ sous l'impulsion indirecte de l'État. En 2007, dans le cadre d'une nouvelle politique nationale visant une meilleure efficacité de l'organisation territoriale (constituée de trois échelons : l'État, 5 Régions et 98 communes), les nouvelles municipalités, issues de fusions de municipalités plus petites, ont été dotées d'un grand nombre de compétences, dont des compétences en matière de santé, alors qu'elles n'avaient jusqu'alors que peu de compétences dans ce domaine et que de ce fait elles manquaient d'expérience dans ce domaine. Les municipalités ont désormais en charge l'ensemble de l'action sociale, et toutes les actions de santé à l'exception du secteur hospitalier et de l'assurance maladie, soit un spectre très large,

⁶⁸ <http://sund-by-net.dk/in-english/>

y compris la prévention. L'adhésion au réseau national a donc été suscitée par le besoin de conseils techniques et d'échanges autour de ces nouvelles compétences.

Carte 8 : Les Villes-Santé : un réseau européen, des réseaux nationaux



Sources : OMS Europe, réseaux nationaux des Villes-Santé, 2011

Deux réseaux internationaux ont également été mis en place, à une échelle intermédiaire entre le continent et les États : le réseau francophone et le réseau baltique. Si leurs principes de fonctionnement sont assez identiques (recueil et diffusion d'informations entre les différents membres du réseau), les facteurs de leur cohésion diffèrent. Le réseau francophone regroupe les Villes-Santé de France, du Québec, de Wallonie, de Suisse, d'Algérie, de Tunisie et du Maroc. Il dispose d'un centre collaborateur (situé à Rennes et présidé par un chercheur suisse), c'est-à-dire d'une institution accréditée par l'OMS qui anime le réseau. Les liens entre les Villes-Santé francophones sont plutôt faibles, en particulier du fait de leur éloignement. Seul un colloque organisé tous les ans (principalement en France, en Belgique et en Suisse) leur permet de se rassembler.

Le réseau baltique des Villes-Santé⁶⁹ dispose depuis 2002 d'un centre collaborateur situé à Turku (Finlande). Il regroupe les réseaux nationaux du Danemark, de la Norvège, de la Suède, de la Finlande, de l'Allemagne, de la Pologne, de la Russie, de l'Estonie, de la Lettonie et de la Lituanie. La logique du réseau baltique repose sur une coopération préexistante entre les villes baltiques, alors que le réseau francophone, qui est fondé sur une unité linguistique, est présent sur trois continents (et donc trois périmètres de l'OMS différents) : Europe, Afrique (Maghreb) et Amérique du Nord (Québec). L'Union des villes baltiques est par ailleurs dotée d'une commission sur la santé et les affaires sociales⁷⁰. L'un des objectifs de cette commission est de se rapprocher du réseau baltique des Villes-Santé, mais également du « Partenariat nordique en santé publique et bien-être social »⁷¹ (créé en 2003), une organisation intergouvernementale regroupant dix pays, huit ONG et la Commission européenne afin de coordonner les actions en santé publique dans le Nord-Est de l'Europe. A terme, la santé peut devenir un thème important de la coopération entre les pays bordant la mer Baltique.

2.1.2. Le réseau européen et son utilisation par les villes

Plusieurs études ont été menées sur les Villes-Santé européennes depuis la constitution du réseau. A partir de celles-ci, il est possible de dégager différents profils de Villes-Santé. L'étude de Roberta Capello (Capello, 2000), centrée sur les bénéfices (ou externalités) tirés de l'adhésion au réseau européen, distingue quatre types de Villes-Santé. Un premier groupe de villes peut être qualifié d'« opportuniste ». Il s'agit de villes qui adhèrent au réseau afin de légitimer une action ponctuelle ; de fait, ces villes participent peu à l'animation du réseau européen. Un second groupe de villes s'inscrit dans une démarche exploratrice : elles participent beaucoup au réseau mais profitent assez peu des externalités du réseau (il s'agit principalement des petites villes d'Europe occidentale). Les Villes-Santé d'Europe orientale ont, quant à elles, intégré le réseau pour des raisons économiques : leur participation au réseau est à sens unique puisqu'elles utilisent les informations diffusées par le réseau sans l'alimenter en retour. Les actions menées à l'échelle locale sont peu concluantes. Enfin, certaines Villes-Santé ont un comportement « stratégique »⁷². Elles profitent au maximum des connaissances véhiculées par le réseau européen et mettent en œuvre avec succès des

⁶⁹ Site Internet du réseau baltique des Villes-santé : <http://www.marebalticum.org>

⁷⁰ <http://www.ubc.net/commissions,29.html>

⁷¹ <http://www.ndphs.org/>

⁷² Idem.

actions à l'échelle locale. Il existe ainsi une très forte corrélation entre l'utilisation du réseau (animation, utilisation et don d'informations) et la réussite des politiques locales de santé, modifiées par le réseau.

Les vingt-neuf réseaux nationaux du continent européen constituent les vecteurs les plus importants du projet des Villes-Santé à l'échelle nationale. Ces réseaux nationaux sont en grande majorité accrédités par l'OMS. Une étude (Lafond et al., 2003) a montré la diversité de ces réseaux nationaux qui ont émergé spontanément. La moitié des réseaux est hébergée par une ville : le service de santé publique de cette ville gère et coordonne le réseau national. L'expertise d'organisations académiques est également recherchée. Le cas français (association nationale de Villes-Santé) est minoritaire en Europe, car la ville qui héberge le réseau peut varier en fonction de la ville d'origine de son président, qui est un élu municipal, désigné par les membres du bureau du réseau. Cependant, le cœur du réseau (chargée de mission et secrétariat) est localisé dans les locaux de l'EHESP, et donc éloigné de la présidence du réseau. Par ailleurs, les réunions ont lieu dans les locaux de l'INPES à Saint-Denis, pour des raisons de commodité (déplacements des membres du bureau et du CA).

Tableau 4 : L'hébergement des réseaux nationaux des Villes-Santé européennes en 2003

Hébergement du réseau national	Nombre de réseaux
Ville	14
Institut national de santé publique / organisation académique	5
Ministère de la santé	3
Association nationale ou rassemblement d'autorités locales	3
Indépendant	3

Source : Lafond, 2003

L'articulation du réseau national avec l'État, notamment en termes financiers, est importante : les cotisations des villes sont insuffisantes dans la plupart des pays et ne

permettent pas de financer un poste de coordinateur à temps plein (Lafond, Héritage, 2009). Le soutien financier du ministère de la santé du pays est donc primordial : en 2005, près de la moitié des réseaux nationaux bénéficiaient de subventions, principalement pour des projets. Bien que l'OMS accrédite les réseaux nationaux, elle ne leur fournit pas les moyens de fonctionner. Ainsi, la majorité des Villes-Santé doit mettre en œuvre des projets en lien avec la philosophie des Villes-Santé tout en s'adaptant aux contraintes financières imposées par leurs États.

2.2. Villes-Santé, villes et santé en Europe

L'analyse des vecteurs de la diffusion du programme des Villes-Santé à l'échelle européenne nous amène à nous interroger sur les politiques concrètement mises en œuvre à l'échelle locale. En effet, le développement important du réseau européen et de réseaux nationaux depuis plus de vingt ans peut jouer le rôle de trompe l'œil face aux politiques réellement mises en place à l'échelle locale, qui seront analysées en particulier dans le contexte français (cf. chapitre suivant). De plus, le réseau des Villes-Santé ne rassemble pas toutes les municipalités européennes qui développent une politique locale de santé.

2.2.1. Le réseau des Villes-Santé : une homogénéisation des pratiques à l'échelle européenne ?

Une organisation supranationale telle que l'Union européenne, voire le Conseil de l'Europe, contribue à homogénéiser les politiques à l'échelle du continent. Ceci permet de faire émerger des expériences similaires aux Villes-Santé qui ne participent pas au réseau de l'OMS, mais également de réduire l'impact potentiel de l'appartenance à un réseau de Villes-Santé.

La comparaison des Villes-Santé européennes entre elles sur la base d'indicateurs fiables est difficile. Une enquête menée par le bureau européen de l'OMS en 1999 a soulevé la difficulté d'établir une série d'indicateurs permettant de mesurer les progrès des Villes-Santé. Les auteurs de l'enquête expliquent notamment que « cet ensemble [d'indicateurs] est souvent culturellement spécifique et très dépendant des politiques particulières adoptées dans

les différents pays sur des enjeux tels que le chômage, la sécurité sociale, le logement ou l'éducation. [...] Ces indicateurs ont également prouvé les difficultés pour les villes de les collecter » (Webster et Sanderson, 2012). De plus, l'évolution du réseau (départs et adhésions de villes) et des indicateurs a conduit le bureau européen à ne prendre en compte que neuf indicateurs : deux indicateurs sur l'état de santé de la population, un indicateur sur la qualité des services de santé, un indicateur socio-économique et cinq indicateurs de la qualité de l'environnement (les auteurs ne précisent pas quels indicateurs ont été retenus). Un indicateur simple (le nombre de questions de santé abordées en conseil municipal) est lui-même sujet à caution. 87% des villes de l'enquête de l'OMS ont indiqué examiner moins de 150 questions relatives à la santé par an, alors que certaines villes en examinent plus de 500 (jusqu'à 1 750 à Stockholm). Pour Webster et Sanderson, ces données sont davantage le « reflet des méthodes de collecte et de définition » que des pratiques.

Encadré 7 : Indicateurs proposés par le réseau européen des Villes-Santé pour une enquête auprès des Villes-Santé

1. Indicateurs de santé

Mortalité, principales causes de décès, poids à la naissance

2. Services de santé

Programmes d'éducation à la santé, taux de vaccination, nombre d'habitants par médecin, nombre d'habitants par infirmier, part de la population couverte par une assurance maladie, disponibilité des services en langue étrangère, débats sur la santé au conseil municipal

3. Indicateurs environnementaux

Pollution de l'air, qualité de l'eau, présence d'égouts, traitement des ordures ménagères, espaces verts, espaces industriels en friche, équipements sportifs et de loisirs, piétonisation des rues, pistes cyclables, accès et place des transports publics, espace de vie

4. Indicateurs socio-économiques

Pourcentage de la population habitant dans un logement inadéquat, nombre de personnes sans-abri, chômage, pauvreté, disponibilité de soins pour les enfants, âge des mères lors de leur accouchement, taux d'avortement, emploi des personnes handicapées

La comparaison de monographies sur les Villes-Santé européennes permet cependant d'établir des points communs et des différences entre les municipalités. Paradoxalement, les pratiques locales des Villes-Santé sont relativement homogènes, mais cette homogénéité n'est pas du fait de l'influence de l'OMS. Les contraintes nationales et locales sont assez identiques d'un pays à l'autre, expliquant ainsi une standardisation « par le bas ». Les techniciens du service municipal en charge de la santé publique sont souvent les premiers acteurs locaux qui essaient de mettre en œuvre le projet de Ville-Santé. De fait, ces techniciens sont, par leur domaine d'expertise, déjà convaincus par l'approche de la santé défendue par le réseau des Villes-Santé. L'analyse du réseau allemand des Villes-Santé (Plümer, 2009) a pu montrer la faiblesse de l'influence de l'OMS sur les projets locaux. Selon l'auteur, la performance des Villes-Santé est liée avant tout à la combinaison de trois critères : la taille de la ville (sa population), l'ancienneté de l'adhésion et la continuité du coordinateur local. Boonekamp et al. (1999) insistent également sur le « rôle clé » des coordinateurs locaux du projet comme agents internes du changement et facteurs de dynamisme grâce à leur présence continue (moins sujette aux changements politiques que les élus locaux délégués à la santé) et à leurs connaissances techniques. On retrouve-là un des éléments importants du succès de toute action publique : la durée des dispositifs et la stabilité des personnes. Le bureau européen intervient très peu à l'échelle locale, son rôle étant plutôt limité à l'animation entre les réseaux nationaux. Les États agissent quant à eux avant tout comme des accélérateurs des relations entre les villes, sans relation hiérarchique forte avec le réseau national.

Localement, les projets Villes-Santé souffrent aujourd'hui de la concurrence de projets internationaux plus développés et mieux intégrés dans les politiques locales, en particulier l'agenda 21. Ce dernier est mieux compris par l'ensemble des acteurs locaux que le programme Villes-Santé, qui ne bénéficie pas du même intérêt de la part des élus locaux (la médiatisation importante des agendas 21 est un élément d'explication). La relation avec les agendas 21 est déjà établie dans une grande partie des Villes-Santé. Une enquête menée à la fin des années 1990 (Dooris, 1999) a montré que les relations entre la démarche d'agenda 21 et le projet Ville-Santé étaient déjà établies dans environ deux tiers des municipalités. Enfin, la participation de la population, promue par le programme des Villes-Santé, reste très peu développée à l'heure actuelle. F. Baum, dès 1993, posait le paradoxe des Villes-Santé, qui se considère comme un « mouvement social », mais qui se concrétise par un « outil bureaucratique » (Baum, 1993). La participation de la population n'est réalisée que sous la forme d'informations au public (Héritage et Dooris, 2009), et non sous celle d'une

implication dans le processus de prise de décision. L'appartenance au réseau des Villes-Santé est davantage utilisée comme un outil de communication (Green, Rice, 2009) vis-à-vis des partenaires du service santé : l'étiquette OMS est alors remobilisée ponctuellement, afin de légitimer les actions de santé publique, et non comme une contribution à la démocratie locale et à l'*empowerment*.

2.2.2. Les politiques locales de santé en Europe : des acteurs parallèles aux Villes-Santé

L'OMS, en tant qu'organisation supranationale, influence peu les politiques locales. Le continent européen se caractérise par une intégration des Etats plus importante que dans les autres continents, au sein de l'Union européenne. La construction européenne a conduit à créer des normes européennes qui influencent les politiques nationales. L'Union européenne, en tant qu'organisation supranationale, joue-t-elle un rôle dans les politiques nationales de santé, et, par ricochet, dans les politiques locales de santé ? Bien que le continent européen compte environ 1 500 Villes-Santé, ces dernières ne sont pas les seules municipalités élaborant des politiques locales de santé : pour une ville, son absence dans le réseau des Villes-Santé n'est pas synonyme d'une absence de politique locale de santé.

2.2.2.1. L'Union européenne, nouvel acteur de l'espace politique de la santé ?

Bien que le cadre de référence des politiques de santé reste majoritairement national, certains « référentiels supranationaux » (Monneraud, 2010) les influencent à la marge : « on peut [...] parler d'eupéanisation par les idées, donc d'eupéanisation cognitive de l'action sanitaire qui a finalement deux dimensions : l'UE influence les façons de penser la santé et l'UE devient une échelle d'action en santé » (*idem*).

La santé est progressivement apparue dans les textes régissant l'Union européenne, sa présence étant confirmée dans le traité d'Amsterdam. L'article 152 du traité d'Amsterdam (voir ci-dessous), signé en 1997 par les chefs d'Etats et de gouvernements de l'Union européenne, est « réalis[te] quant aux objectifs [et] pragmati[que] quant aux méthodes » (Senn, 2006) : l'Union européenne n'a pas vocation à remplacer les Etats membres mais à coordonner leurs politiques hétérogènes. La santé est un outil de légitimation de l'UE en tant qu'acteur politique, contribuant ainsi à modifier à la marge l'espace politique de la santé.

Encadré 8 : La santé dans les politiques de l'Union européenne : l'article 152 du Traité d'Amsterdam

1) Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé

2) La Communauté complète l'action menée par les Etats membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Les Etats membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les Etats membres, toute initiative pour promouvoir cette coordination.

3) La Communauté et les Etats membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

Source : Traité d'Amsterdam, 1997.

Disponible à l'adresse : <http://eur-lex.europa.eu/fr/treaties/dat/11997E/htm/11997E.html>

Sébastien Guigner (Guigner, 2008) affirme que « les compétences attribuées à l'UE [en matière de santé] restent effectivement largement sous contrôle national. D'autre part, les Etats n'acceptent de partager avec l'Union qu'un seul des deux grands pans des politiques de santé, celui de la santé publique [prévention et promotion de la santé] », qui est l'action la plus importante des Villes-Santé (p. 239). L'eupéanisation des politiques de santé élaborées par les acteurs nationaux (Gugner, in Baisnée et Paquier, 2007) est plus ou moins consciente et volontaire. L'eupéanisation des politiques de santé n'a cependant été étudiée qu'à l'échelle des États ; l'impact de l'Union européenne sur les politiques infranationales de santé n'a pas encore été l'objet de recherches.

2.2.2.2. *Les Villes-Santé anonymes : être ou ne pas être une Ville-Santé de l'OMS ?*

La médiatisation du réseau des Villes-Santé peut occulter le fait qu'un certain nombre de municipalités européennes sont fortement engagées dans des politiques de promotion de la

santé, alors qu'elles n'appartiennent pas au réseau européen ni à un réseau national. Le cas de la Norvège, qui compte peu de Villes-Santé, illustre ce cas de figure particulier (Hofstad et Kleven, 2011). En 2008, la santé publique locale a été introduite dans une nouvelle loi d'aménagement⁷³, équivalent d'un « acte II de la décentralisation » : il y est stipulé que l'aménagement municipal doit « promouvoir la santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé ainsi que prévenir la criminalité »⁷⁴. Traditionnellement, les municipalités des pays nordiques disposent de compétences élargies ; l'autonomie des municipalités norvégiennes est la plus importante de tous les pays nordiques. Le premier acte de décentralisation (1985) avait attribué aux municipalités norvégiennes un nombre important de compétences en matière d'action sociale et de santé, alors que ces compétences étaient auparavant limitées à l'aménagement urbain et foncier. L'intégration progressive du développement durable au cours des années 2000 a conduit les pays nordiques, et la Norvège en particulier, à revoir leurs lois d'aménagement, intégrant alors la santé publique dans l'aménagement local. De plus, un projet national lancé en 2004 par le ministère de la santé norvégien a encouragé le développement de politiques locales de santé : une trentaine de municipalités a participé au projet, entre 2006 et 2010.

Le changement de contexte a ainsi fait évoluer le rôle des municipalités dans les politiques de santé, mais également la conception de la santé. Les municipalités norvégiennes sont désignées dans le nouvel acte de décentralisation comme l'échelon permettant l'intersectorialité (qui est également promue par le programme des Villes-Santé). De plus, la santé ne doit plus être seulement l'apanage des services de santé : l'ensemble des services doit être concerné par les enjeux de santé. Ainsi, on retrouve la rhétorique des Villes-Santé, alors même que la Norvège ne compte que deux Villes-Santé européennes.

L'adhésion d'une ville au programme des Villes-Santé, ainsi que la densité des villes qui adhèrent, dépend largement d'effets de contextes sanitaires, socio-économiques, politiques,... Malgré une diffusion élargie des Villes-Santé à l'échelle mondiale, principalement sous l'égide de l'OMS, la mise en œuvre du programme dans des territoires extrêmement différents est contrastée. La philosophie universalisante des Villes-Santé, directement issue de la charte d'Ottawa et de la Santé pour tous, n'entraîne pas des pratiques

⁷³ « Planning and Building Act »

⁷⁴ Traduction de l'anglais.

homogènes. Les facteurs capables d'influencer les politiques de santé menées à l'échelle locale sont si variés (facteurs économiques, sociaux, politiques, environnementaux, culturels,...) et les contextes si différents à toutes les échelles (mondiale, continentale, nationale, locale) qu'il n'est pas possible de désigner une Ville-Santé en particulier comme modèle, y compris à l'échelle d'un continent.

Le programme des Villes-Santé n'est pas un processus vertical, instigué par les bureaux régionaux de l'OMS, en vue d'une homogénéisation des politiques territoriales de santé. Les réseaux des Villes-Santé, fondés sur des relations non hiérarchisées entre leurs membres, sont en réalité les premiers vecteurs des innovations portées par les municipalités. L'implantation des Villes-Santé n'est pas synonyme de mise en place d'actions qui ne tiennent pas compte des réalités locales : les projets des Villes-Santé ne sont pas des projets hors-sol. Plus qu'une éventuelle émulation dénuée de compétition entre les Villes-Santé, le facteur local est déterminant, posant ainsi la question de la plus-value au(x) réseau(x) des Villes-Santé : en effet, certaines villes définissent des politiques de santé publiques proches de la Charte d'Ottawa sans s'inscrire dans un réseau de Villes-Santé.

Chapitre 5. Diffusion et diversité des formes locales de l'adhésion des municipalités aux principes du réseau français

Vingt-cinq ans après l'apparition du programme des Villes-Santé en France (Rennes, 1987), le réseau national des Villes-Santé compte quatre-vingts membres (76 municipalités et quatre intercommunalités), représentant environ un Français sur huit. Le développement du réseau français peut être considéré comme un réseau de taille moyenne par le nombre de membres en valeur absolue comme en valeur relative. Alors que certains pays comptent plus de 140 membres, le réseau britannique ne compte que dix-huit membres. Le réseau allemand compte un nombre similaire de membres (68 membres en 2009). Les possibilités de comparaison entre le réseau français et les autres réseaux nationaux sont limitées, tant les contextes nationaux de diffusion du réseau sont différents : les dynamiques nationales sont fortement corrélées aux acteurs nationaux, le bureau européen de l'OMS se limitant au rôle de coordination des Villes-Santé européennes et des réseaux nationaux. Ainsi, l'organisation de chaque réseau national est spécifique. De plus, le contexte législatif varie d'un pays à l'autre : à l'inverse des communes danoises qui sont devenues, en 2007, le principal échelon d'action de la promotion de la santé, les communes françaises ont des compétences obligatoires limitées à l'hygiène et à la salubrité publiques, la promotion de la santé étant issue d'une volonté politique locale.

Les effets de l'adhésion des quatre-vingts membres du réseau sur leurs politiques locales seront analysés sous deux aspects, à partir des résultats du questionnaire et d'entretiens auprès d'acteurs majeurs. Il s'agit tout d'abord de voir en quoi le réseau permet aux équipes des différentes municipalités d'échanger leurs expériences dans un même « espace des circulations » (Payre, 2007). Étant donné que l'adhésion au réseau est volontaire, pour quelles raisons précises les municipalités adhèrent-elles ? Comment ce réseau est-il

utilisé par ses membres, et comment est-il articulé avec les acteurs locaux ? Dans un second temps, les effets de l'adhésion sur les actions locales seront évalués, afin de voir si les Villes-Santé appliquent les principes du réseau de façon uniforme ou si des différences existent entre elles.

1. Le réseau national : diffusion et utilisation

Le réseau des Villes-Santé constitue un « espace des circulations », soit « un espace social qui repose sur des individus et les circulations de savoirs qu'ils rendent possible, mais qui pèse aussi sur les sens de ces circulations et les choix de ces individus » (Huré, 2009 et Payre, 2007). La circulation des savoirs dans le réseau des Villes-Santé peut être analysée selon une approche classique des politiques en réseaux (*network policy*) en science politique et en sociologie. L'approche géographique est complémentaire de ces deux premières approches, en particulier pour le réseau des Villes-Santé qui a modifié son organisation territoriale en 2009.

1.1. Pourquoi adhérer au réseau ? Les raisons de la diffusion du réseau

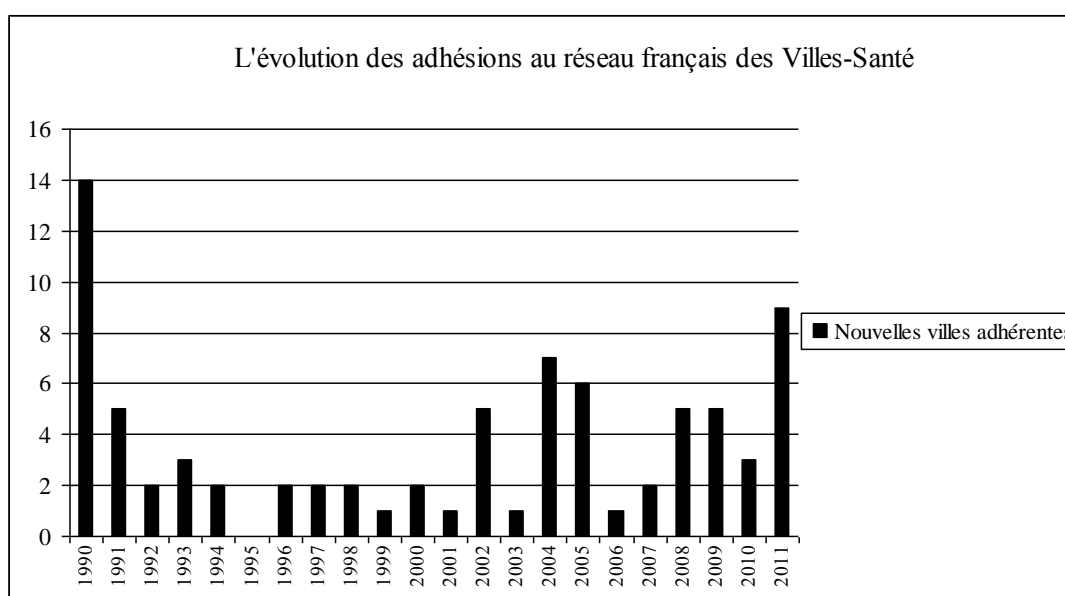
Les municipalités adhèrent au réseau des Villes-Santé pour plusieurs raisons, dont deux motivations principales. La première est liée à la participation à un réseau de villes permettant l'échange d'informations, pour amorcer une politique de santé plus centrée sur la promotion de la santé et le bien-être des habitants. La seconde ne tient pas réellement compte de la santé, et l'entrée dans le réseau peut être liée à la recherche d'un label, sorte de récompense et d'outil de légitimation des actions de la ville en matière de santé.

1.1.1. Un réseau d'échanges thématique qui s'appuie en partie sur des relations personnelles.

Le réseau français des Villes-Santé possède le statut d'association (loi 1901). Composé de quatre-vingts villes, il a connu une augmentation irrégulière du nombre de ses membres. En 1990, quatorze villes fondent le réseau : Angers, Besançon, Châteauroux, Fort-

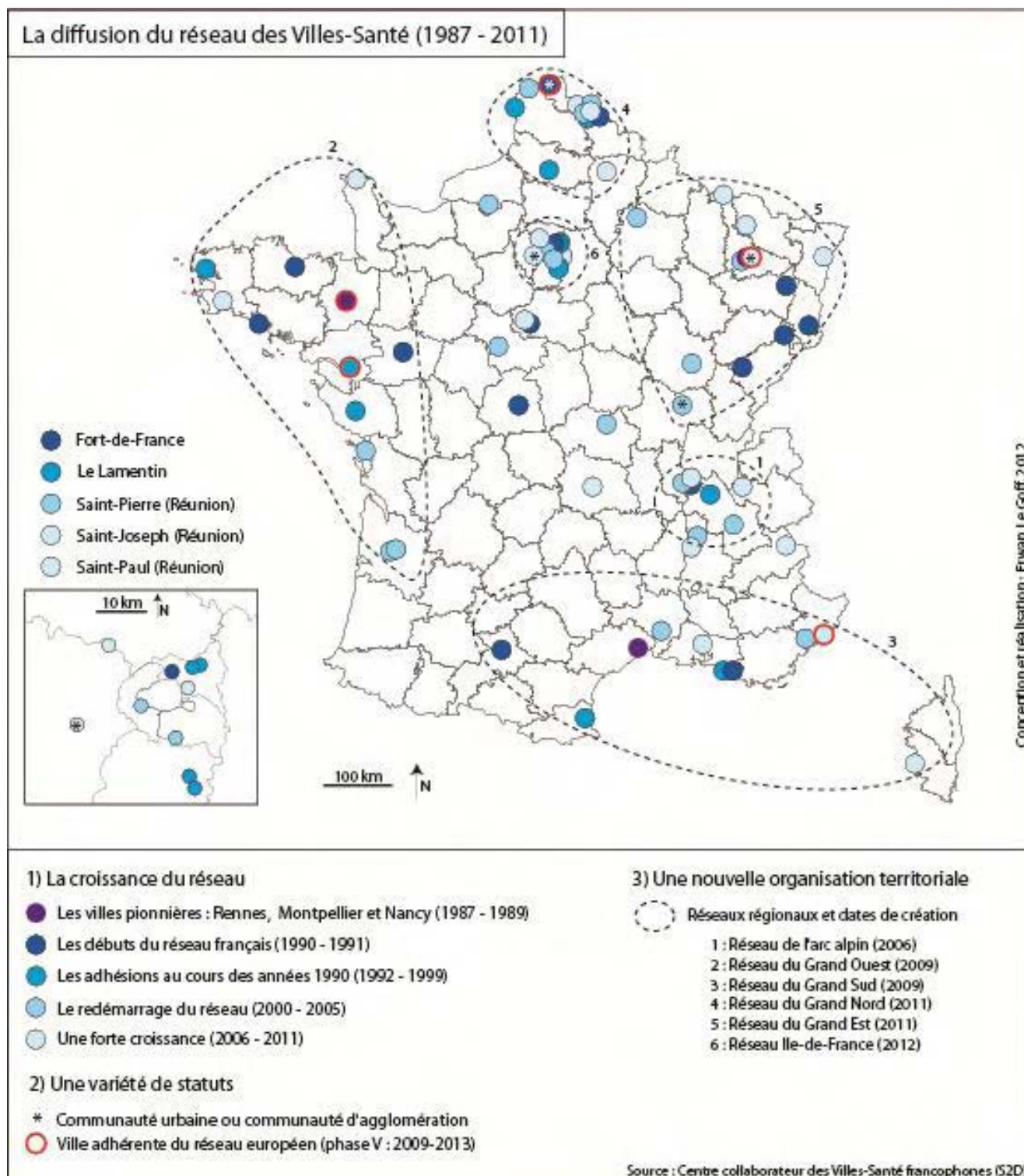
de-France, Lorient, Montpellier, Nancy, Orléans, Rennes, Saint-Brieuc, Saint-Denis, Toulouse, Villeneuve d'Ascq et Villeurbanne. Ces villes fondatrices ont des profils très divers par leur population (de 30 000 habitants pour Fort de France à 200 000 habitants pour Rennes), et sont dispersées sur l'ensemble du territoire national, métropolitain et ultramarin. Le réseau français a été créé sous l'impulsion des villes appartenant au réseau européen des Villes-Santé à cette époque, Rennes, Nancy et Montpellier. Le ministre de la santé d'alors était Edmond Hervé, également maire de Rennes (jusqu'en 2008). Ces trois villes ont une culture importante en matière de santé (première faculté de médecine à Montpellier, École nationale de santé publique à Rennes et École de santé publique à Nancy). Pendant les années 1990, le réseau vivote, le nombre annuel d'adhésions dépassant rarement deux (cf. graphique 3). A partir de 2002, il trouve un second souffle sous l'impulsion de deux éléments extérieurs, la mise en place des ateliers santé ville dans le cadre de la politique de la ville et des agendas 21 locaux (cf. infra), et d'un élément interne au réseau, l'arrivée à la tête du réseau, en 2003, d'une nouvelle présidente particulièrement investie dans l'animation du réseau (Valérie Lévy-Jurin, adjointe à la santé de la ville de Nancy). L'année 2011 est marquée par l'arrivée de neuf nouveaux membres, ce qui constitue une année exceptionnelle pour le réseau : la mise en place progressive des contrats locaux de santé, ouverts à toutes les collectivités, est un élément important de ce rebond.

Graphique 3 : L'évolution des adhésions au réseau français des Villes-Santé depuis sa création



Source : Centre collaborateur des Villes-Santé francophone et Réseau français des Villes-Santé.

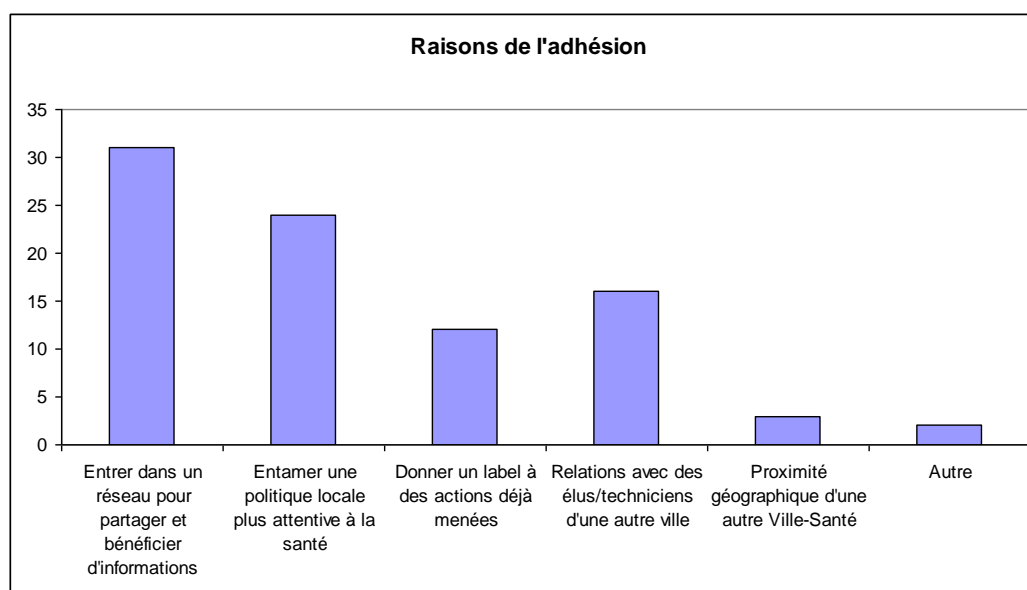
Carte 9 : La diffusion du réseau des Villes-Santé entre 1987 et 2011



La principale raison de l'adhésion au réseau Villes-Santé est la volonté d'entrer dans un réseau de villes partageant des valeurs et un intérêt communs pour la santé. Le réseau Villes-Santé est perçu et utilisé avant tout comme un espace d'échanges de bonnes pratiques,

de conseils en matière de santé. Le site Internet du réseau⁷⁵ constitue un premier espace d'échanges : il permet à un élu ou un technicien de poser une question à l'ensemble des villes sur un point particulier, et d'obtenir relativement rapidement une réponse. Dès la création du réseau, la question de la mise en place d'un système de communications numériques de ce type s'était posée, en lien avec les technologies de l'époque (système télématique, minitel). Les séminaires, les journées thématiques et les groupes de travail sont également l'occasion d'échanger au sein du réseau. Les ouvrages issus des groupes de travail thématiques (ces groupes sont constitués d'une dizaine de municipalités, représentées par leurs élus ou des techniciens, qui mettent en commun leurs expériences et leurs propositions d'actions) sont ensuite diffusés à l'ensemble des villes du réseau. A une échelle supérieure, les Villes-Santé francophones organisent tous les ans un colloque. Celui-ci est l'occasion de partager les expériences à une échelle internationale. Rennes et Nancy participent également au réseau européen, qui est le premier réseau de Villes-Santé mis en place dès 1987 et dont les critères d'admission sont plus sévères que pour le réseau français. Les entretiens menés auprès des élus et des techniciens de villes qui appartiennent à plusieurs réseaux ont montré que l'emboîtement des réseaux, du réseau régional au réseau européen, et la multiplication des journées de travail, colloques, etc. sont des éléments de démobilisation des équipes municipales, qui choisissent de se rendre seulement à certaines rencontres.

Graphique 4 : Les raisons de l'adhésion au réseau des Villes-Santé



Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

⁷⁵ www.villes-sante.com

Les relations avec des élus ou techniciens sont un autre élément qui a pu motiver l'adhésion. Outre le souhait de nouer des relations avec d'autres équipes municipales, que l'on peut relier à la volonté d'intégrer un réseau, des élus ont pu encourager des élus d'autres villes à adhérer au réseau. C'est le cas de Nancy (actuellement présidente du réseau), qui a incité Vandœuvre-lès-Nancy et Metz à adhérer au réseau. Edmond Hervé, aux débuts du réseau, a également encouragé certains maires à adhérer au réseau : « Il est évident que sur [les] quatorze villes [fondatrices], je connaissais un certain nombre de maires et que je les avais sollicités »⁷⁶. L'adhésion de la ville de Saint-Quentin (Aisne) en 2011 s'explique ainsi en partie par le fait que son maire (Xavier Bertrand, maire depuis octobre 2010) ait été simultanément ministre de la santé entre novembre 2010 et mai 2012. Edmond Hervé et Xavier Bertrand ont été les seuls maires ministres en charge de la santé depuis la création du réseau des Villes-Santé. Ainsi, le fait que l'adhésion soit parfois conditionnée par des relations personnelles entre élus ou par l'engagement symbolique d'un élu peut amener à s'interroger sur la pérennité de l'adhésion au réseau une fois que l'élu n'est plus en place, si le service en charge de la santé dans la municipalité ne s'est pas approprié les principes Villes-Santé.

Enfin, certaines municipalités ont appris l'existence du réseau par hasard, par exemple en effectuant une recherche sur Internet. Cependant, la croissance récente du réseau augmente de façon conséquente la visibilité du réseau. Depuis l'adhésion de Strasbourg, neuf des dix plus grandes municipalités françaises et seize des vingt premières municipalités font partie du réseau (Paris n'appartient pas au réseau). Le centre de la France (Régions Centre, Bourgogne, Limousin, Auvergne, Poitou-Charentes) reste encore peu couvert par le réseau, limitant les possibilités de relations entre les techniciens et les élus de ces régions.

1.1.2. Label ou promesse de s'engager sur la voie du bien-être ?

L'adhésion au réseau Villes-Santé apparaît dans un certain nombre de cas avoir pour objectif d'allouer un label aux actions déjà menées par la ville en matière de santé, même si cette motivation n'est pas la principale. Environ une ville sur trois a indiqué que l'adhésion au réseau Villes-Santé pouvait s'expliquer par la volonté de donner un label à des actions déjà menées, afin d'obtenir une reconnaissance, et une légitimation pour ces actions. Le réseau

⁷⁶ Entretien avec Edmond Hervé, 9 juin 2010 tu n'oublieras pas de mettre en annexe la liste des entretiens réalisés, avec la date et la durée.

accepte l'adhésion d'une ville davantage à partir des projets que la candidate compte mener que sur les actions déjà menées même si les villes tiennent à mettre en valeur ces actions, dans une logique d'adhésion *ex post* venant couronner des efforts en faveur de la santé des habitants. Cette recherche d'un label s'observe dans d'autres champs, comme le label de « villes amies des enfants » porté par l'UNICEF.

Ainsi, la ville d'Ajaccio appuie sa demande d'adhésion à partir de sa forte implication en matière de santé : participation au plan régional de santé publique, au groupement régional de santé publique, mise en place d'un atelier santé ville en 2007, élaboration d'un programme local de santé. L'adhésion au réseau Villes-Santé apparaît donc comme « un label qualité en matière de santé »⁷⁷, venant récompenser la ville pour sa « réflexion en vue de l'élaboration d'un Programme-santé répondant à la définition de l'Organisation mondiale de la santé pour qui la santé c'est non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état complet de bien-être physique, mental et social »⁷⁸. D'autres villes partagent ces mêmes motivations, à l'instar de Lyon, La Rochelle, Bordeaux, Rouen, Reims. Pour Lyon, « l'adhésion à ce réseau représente [...] un élément de reconnaissance et donc, de fait, de dynamisme et de mobilisation de l'ensemble des acteurs, permettant de faire connaître à d'autres villes les projets innovants conduits par la Ville »⁷⁹. La ville de Bordeaux emploie le même terme de « reconnaissance » pour motiver son adhésion : « L'adhésion à ce Réseau constitue pour la Ville de Bordeaux une opportunité de reconnaissance de la qualité des actions menées par la Ville et l'inscription dans un réseau de municipalités particulièrement dynamiques en matière de promotion de la santé et prévention »⁸⁰.

Un second enjeu de la « labellisation » Ville-Santé OMS est la légitimation des actions menées par la ville en matière de santé. En effet, la ville n'est pas l'échelon territorial principal qui se préoccupe de la santé : c'est avant tout l'Etat qui régit les politiques de santé. La ville n'a pas de compétences directes en matière de santé. Les services municipaux en charge de la santé sont les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), qui se préoccupent principalement d'hygiène et de salubrité publique. Ces services sont couramment divisés en deux : un service hygiène et un service santé publique. L'adhésion, grâce à

⁷⁷ Délibération du Conseil municipal du 18 décembre 2008

⁷⁸ *idem*.

⁷⁹ Délibération du Conseil municipal du 16 septembre 2002

⁸⁰ Délibération du Conseil municipal du 25 avril 2005

l'affichage OMS, est une légitimation du rôle des villes en matière de santé : « le label Villes-Santé de l'OMS est une valorisation et une légitimation des actions réalisées »⁸¹. Il s'agit dans ce cas d'une recherche de légitimité des actions en dehors des compétences obligatoires (soit des coûts et des dépenses à justifier), de visibilité vis-à-vis des autres acteurs en charge de la santé, mais aussi des autres services de la ville.

Ainsi, il ne s'agit pas toujours de s'engager sur la voie du bien-être : soit le label OMS sert davantage à la communication interne, à une visibilité du service municipal en charge de la santé ou de la ville vis-à-vis de ses autres partenaires, soit il est une récompense pour les actions déjà menées, auquel cas les villes considèrent qu'elles sont déjà engagées sur la voie du bien-être. Au-delà de la participation à un réseau de villes et du collage d'une étiquette « Villes-Santé OMS » sur des actions déjà menées ou en projet, en quelle mesure les principes des Villes-Santé sont-ils intégrés par les équipes municipales ?

Enfin, certaines villes adhèrent au réseau afin d'entamer une politique locale de santé : c'est le cas de la ville de Metz qui, incitée par la présidente du réseau national, a intégré le réseau en 2009. La délibération du Conseil municipal confirme que l'adhésion est le préalable à une politique de santé plus avancée : « La ville de Metz, par la qualité de son environnement, par sa richesse culturelle, par le développement économique qu'elle impulse à travers ses grands projets (Centre Pompidou, le quartier de l'Amphithéâtre, le Technopole 2, le TCSP...) mais aussi par la réalisation d'un Diagnostic Santé de sa population, présente un ensemble d'atouts qui a retenu toute l'attention du réseau français des Villes-Santé. Le Conseil Municipal, [...] considérant la volonté de la ville de Metz de s'engager résolument dans une véritable politique de santé publique [...] autorise la ville de Metz à adhérer au réseau français les Villes-Santé »⁸².

⁸¹ Délibération du Conseil municipal de Reims du 27 mars 2006

⁸² Délibération du Conseil municipal de Metz du 29 octobre 2009

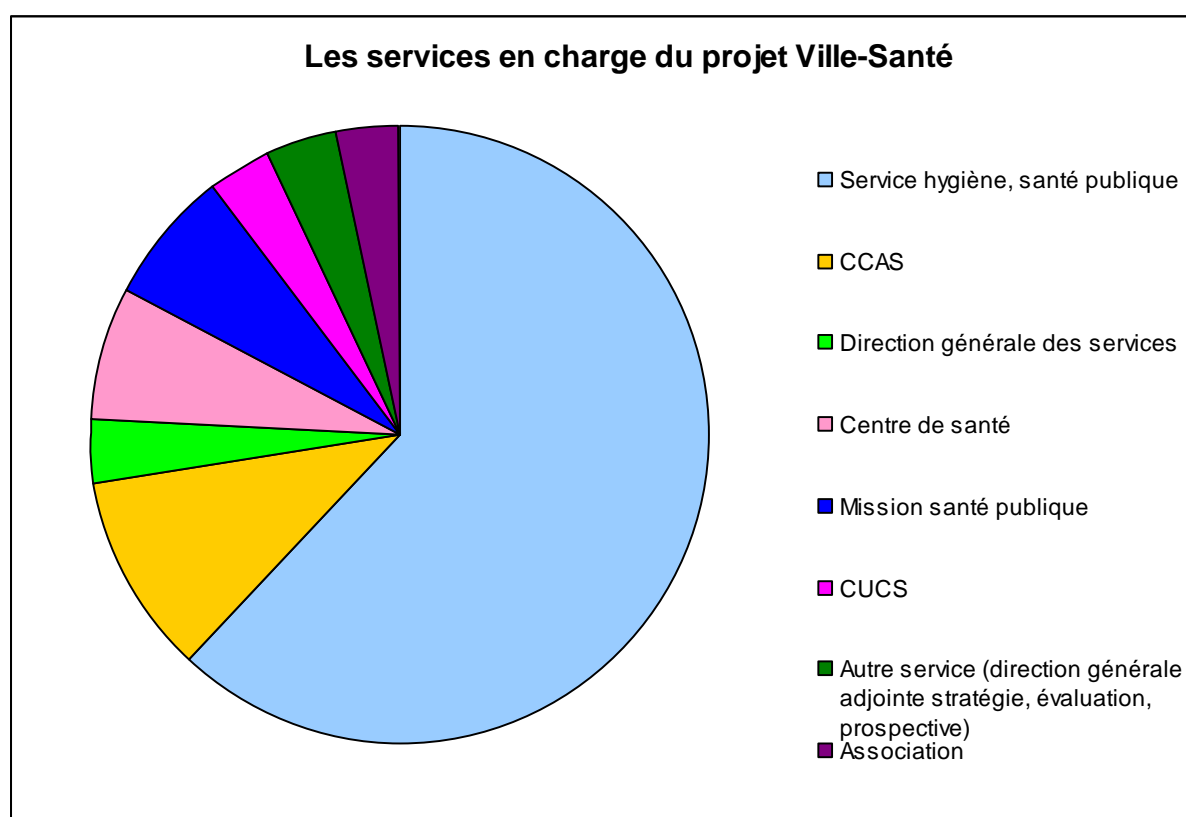
1.2. L'articulation entre le réseau et la municipalité, autour du binôme technicien/élu

L'adhésion au réseau nécessite la désignation d'une personne référente au sein de chaque ville, un élu et un technicien. L'analyse des structures en charge du programme Villes-Santé est un élément de réponse à l'intégration assez difficile des principes des Villes-Santé dans les modes de gouvernance en matière de santé. Assez logiquement, plus de la moitié des Villes-Santé ont donné aux services d'hygiène et de santé publique (et parfois, strictement à la division en charge de la santé publique, ou à un centre ou une mission de santé publique) les responsabilités Villes-Santé (cf. graphique 5). Le risque d'une telle organisation est de laisser la charge de Ville-Santé au service directement en charge de la santé, sans entamer de véritable approche transversale de la santé. Les villes ont plutôt tendance à fonctionner sous forme de projets ponctuels, rassemblant les énergies, plutôt que de « mettre la santé en tête de leur agenda », selon la formule présente dans la déclaration des Villes-Santé. Le fonctionnement courant prend le dessus sur les principes des Villes-Santé, qui devraient pourtant être diffusés dans ce fonctionnement.

Le projet Ville-Santé peut également être porté, pour près de la moitié des Villes qui ont répondu à l'enquête, par une autre structure. Le centre communal d'action sociale (CCAS) est l'autre type de structure municipale porteuse étant donné qu'il n'existe pas forcément dans les petites villes de service dédié à la santé ; le CCAS se voit alors attribuer le projet, ce qui peut également être le cas pour la Direction générale des services (dans le cas de très petites villes). Ville-Santé peut également être porté par le coordinateur de l'atelier santé ville (actions de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de la politique de la ville, assurées par un coordinateur), ce qui montre les liens importants entre la politique de la ville et Ville-Santé. L'approche territoriale des ASV peut cependant constituer un obstacle à la transversalité des politiques locales, pensées pour l'ensemble du territoire communal. Le risque est dans ce cas, de façon semblable au CCAS, de voir les projets Ville-Santé concerner essentiellement des actions en faveur des habitants des quartiers relevant de la politique de la ville. Enfin, les associations peuvent parfois porter le projet Villes-Santé. Mais cette adhésion est relativement précaire, moins intégrée dans les services et donc moins connue. De plus, l'association est fréquemment dépendante des subventions de la mairie pour son fonctionnement. Or, pour intégrer les principes Villes-Santé, il est nécessaire d'avoir du temps. La ville de Chaumont n'a pas reconduit son adhésion en 2010 car Ville-Santé était soutenue par une association dont

les subventions, venant de la mairie, ont fortement diminué, de telle façon que l'appartenance au réseau a été compromise. Si l'intégration à un service de la ville est un garant relatif de la continuité, il est difficile de modifier les pratiques, dans la mesure où les obligations légales des communes en matière de « santé » prennent le pas (en termes temporels et financiers) sur la promotion de la santé et du bien-être. La diminution des ressources financières des communes est un risque pour la promotion dans la santé, dans la mesure où la commune peut recentrer strictement leurs activités sur leurs compétences légales.

Graphique 5 : Les services municipaux en charge du projet de Ville-Santé

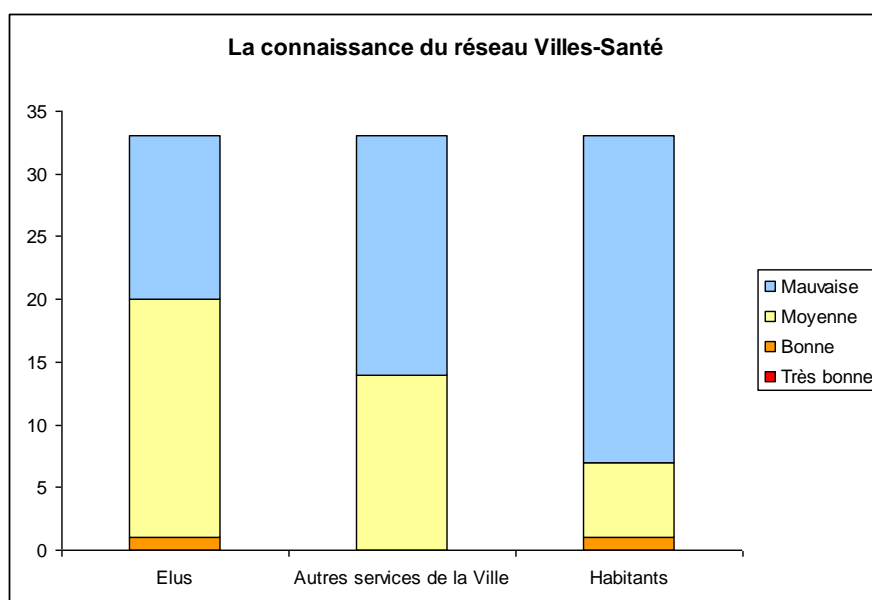


Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

Un des indicateurs de l'intégration des principes des Villes-Santé au sein de la ville est la connaissance que certains acteurs ont du réseau (cf. graphique 6). Les résultats du questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises montrent que, selon les élus et les services en charge de la santé, le réseau Villes-Santé, et indirectement les principes qui le sous-tendent, sont peu connus des autres acteurs de la ville. Si la connaissance des autres élus est relativement partagée, une moitié aurait une connaissance moyenne du réseau, une autre

moitié une mauvaise connaissance du réseau, le constat est plus négatif avec les autres services de la ville, alors que le réseau essaie d'encourager l'intersectorialité. Le degré estimé de connaissance du réseau par les habitants est encore plus faible. Ceci traduit en partie le manque d'une définition commune de la santé, comme l'a montré Céline Jaeggy au cours d'une enquête sur *Les réseaux de collectivités locales et l'application des plans de santé environnementale*⁸³ : « Les élus considèrent surtout l'aspect médical de la santé, plus rarement son aspect global, et d'autre part, ils considèrent souvent les questions de santé environnementale comme secondaires parmi les questions liées à la santé, notamment dans les villes de banlieue dont les populations sont confrontées à des difficultés d'accès aux soins ». Elle note également que « les collectivités œuvrent plus facilement en matière de santé et plus spécifiquement de santé environnementale lorsqu'un de leurs élus est issu du monde médical ». Le manque d'une définition commune préalable de la santé et d'enjeux mobilisateurs (par exemple, les enjeux de santé publique posés par l'installation d'antennes de télécommunications) peut poser problème lors de la mise en place de projets et ensuite au cours de la réalisation du projet.

Graphique 6 : La connaissance du réseau des Villes-Santé



Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

⁸³ JAEGGY Céline, *Les réseaux de collectivités locales et l'application des plans de santé environnementale*, Rapport de stage en administration centrale, ENA, octobre 2009, 29 p. (non publié)

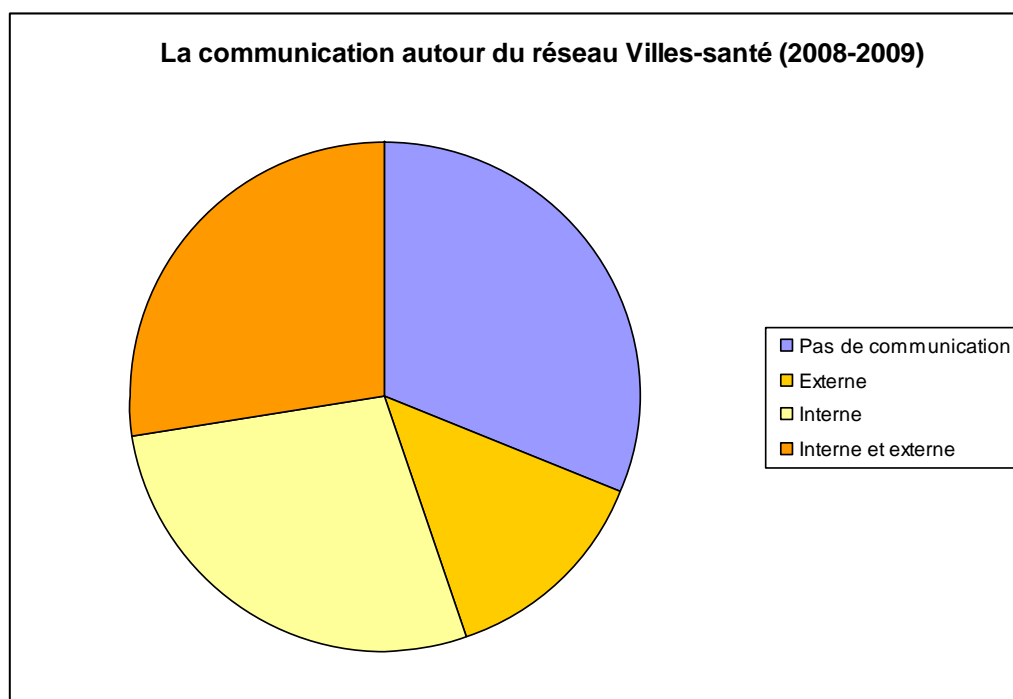
Encadré 9 : La figure de l'élue(e) à la santé

Il est difficile d'évaluer le nombre précis d'élus municipaux adjoints à la santé sur l'ensemble du territoire français. Cependant, il est possible d'affirmer que le nombre d'adjoints à la santé a augmenté de façon importante depuis le début des années 1990 (sentiment partagé par les anciennes élues à la santé que nous avons pu rencontrer). L'analyse sociologique des adjoints à la santé ainsi que la dénomination de leur délégation donne des indices importants sur la conception de la santé à l'œuvre dans chacune des municipalités. L'élue à la santé est plutôt une élue à la santé : quarante-six des quatre-vingts élus référents du réseau des Villes-Santé sont des femmes. Cette prédominance féminine n'est pas spécifique à la délégation à la santé. Des études plus larges ont montré que la dichotomie hommes-femmes reste très présente lors de la distribution des délégations, les délégations plus techniques étant attribuées aux hommes (urbanisme, environnement) alors que les délégations qui renvoient aux activités considérées comme féminines sont plutôt attribuées aux femmes (enfance, famille, action sociale, santé,...) (Achin et al., 2007). Les adjoints à la santé peuvent être issus d'un parti différent du parti majoritaire, en particulier dans les municipalités dont le maire est socialiste : Europe écologie-les Verts, Parti communiste, parti radical de gauche. Les raisons de ces attributions sont les mêmes que pour la différence hommes-femmes : les délégations « clés » sont confiées au parti majoritaire. L'ancienneté dans la délégation est très variable : nous avons pu rencontrer une adjointe à la santé qui occupe cette délégation depuis la création du réseau des Villes-Santé, mais également plusieurs adjoints qui accomplissent leur premier mandat depuis 2008. L'analyse des dénominations complètes des délégations révèle la conception de la santé à l'œuvre dans les municipalités : si près de la moitié (trente-neuf) des délégations sont limitées à la santé, les autres délégations sont complétées par d'autres aspects, répartis en plusieurs catégories. Le premier type de délégation inclut les politiques relatives au handicap (huit adjoints) ou à la prévention (deux adjoints). La santé peut être regroupée avec l'action sociale ou la solidarité (neuf adjoints), ou l'enfance et la famille (trois adjoints), l'environnement et le développement durable (quatre adjoints). Certaines associations sont plus originales (santé et culture à Longwy, santé et citoyenneté à Wasquehal, sport et santé à Calais), ou éloignées de la santé (délégations à la vie associative). Enfin, les élus à la santé (voire les maires, à l'instar d'André Rossinot, maire de Nancy) sont couramment issus du monde de la santé : médecins, dentistes, infirmiers, ou même géographe de la santé (Françoise Tenenbaum à Dijon). Une origine professionnelle différente implique une vision plus large de la santé, moins centrée sur le soin.

La méconnaissance du réseau, et plus largement de la politique locale de santé, de la part des élus, des autres services de la ville et des habitants, n'est cependant pas liée à un défaut de communication : les services de santé communiquent, afin de rendre visibles les actions en santé publique (cf. graphique 7). Il s'agit principalement d'actions événementielles inscrites dans un cadre national : Octobre rose (dépistage du cancer du sein, organisé par la Ligue contre le cancer), MT'dents (promotion de l'hygiène bucco-dentaire, financée par l'Assurance maladie), la Fraich'attitude (promotion de la consommation des fruits et légumes, soutenue par un groupement de producteurs),... Ces campagnes nationales facilitent la mise en œuvre rapide de ces événements, selon un système proche de la franchise. Ce type d'actions ponctuelles procure davantage de visibilité aux actions en santé publique que les actions de longue durée et plus lourdes à mettre en place : atelier santé ville et Ville-Santé. Ces actions témoignent également de la volonté de « tangibilisation » des actions menées (Meyronin, 2011, p.115) : l'action publique est rendue visible aux yeux de tous (professionnels et citoyens-électeurs) afin de montrer la force de l'engagement de la municipalité. A ce titre, les signatures des contrats locaux de santé sont davantage médiatisées que les ateliers santé ville ou que l'appartenance au réseau des Villes-Santé. Ce type d'événements est caractéristique des villes qui ont récemment entamé une politique locale de santé. Pour ces municipalités (par exemple, Longwy ou Quimper), ces événements constituent l'occasion d'entamer une politique locale de santé plus développée. L'enjeu n'est pas seulement la promotion de la santé, il est également plus politique : légitimer l'action de la ville en matière de santé auprès des élus et des services techniques. Toutes les Villes-Santé n'ont pas fait état de leur appartenance au réseau des Villes-Santé : en 2008-2009, c'est le cas d'un tiers des Villes-Santé. L'usage d'une communication interne aux services de la municipalité indique les efforts effectués par les services municipaux de santé afin de faire connaître l'appartenance de la municipalité au réseau : le réseau des Villes-Santé reste donc mal connu des autres services de santé. La communication externe a moins pour objectif de mobiliser autour du projet de Ville-Santé (objectif de la communication interne) que de renforcer la légitimité de l'action menée auprès de tous les acteurs, notamment en apposant le logo du réseau sur les affichages lors de chaque événement. L'objectif de la communication, lorsqu'elle est effectuée, a bien un double objectif : « séduire à l'extérieur et mobiliser à l'intérieur » (Meyronin, 2011, p 81). La tangibilité ou la visibilité de l'action sont fondamentales afin de concrétiser les politiques menées. La politique de santé publique, en dehors du soin, est peu visible : ainsi, un technicien lors d'un entretien affirmait que l'action du maire en matière de santé publique se limitait à la construction d'un hôpital, seule action

visible de la part de ses administrés. Comparativement aux autres compétences des municipalités, la santé publique s'inscrit plus difficilement dans l'espace : une opération d'urbanisme, les transports en commun, l'entretien des espaces verts,... contribuent à donner à voir ce que fait la ville, expliquant ainsi le contraste entre la communication autour des actions de santé et la réception de cette communication.

Graphique 7 : La communication des Villes-Santé autour de leur appartenance au réseau



Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

1.3. L'utilisation du réseau par les élus et les techniciens

Les relations entre les techniciens et les élus de villes différentes sont relativement difficiles à établir. L'interconnaissance est plutôt limitée à un périmètre d'échelle régionale, étant donnée la primauté de l'échelon régional dans la mise en place de politiques de santé publique. La circulation des informations s'effectue ainsi plutôt à une échelle infra-régionale. Le cas de la Lorraine est emblématique de cette échelle. La ville de Nancy a contribué de façon directe ou plus indirecte à l'adhésion d'autres villes lorraines au réseau des Villes-Santé. Si l'adhésion de Vandœuvre-lès-Nancy, commune limitrophe de Nancy, s'explique par l'hébergement de plusieurs institutions de santé (école de santé publique, Société française de

santé publique). Enfin, l'élue à la santé et à la culture de la ville de Longwy fait référence à Nancy lorsqu'elle évoque les raisons de l'adhésion au réseau. Ces relations individuelles « régionales » existent ponctuellement ailleurs : les techniciennes des services de santé de Grasse et de Toulouse se connaissent et n'hésitent pas à se contacter. Les liens les plus importants existent entre les techniciens d'Ile-de-France : la Région est celle qui regroupe le plus de services municipaux de santé et de centres de santé. Par ailleurs, ces derniers, engagés dans la santé communautaire, se sont regroupés en 1981 dans l'institut Théophraste Renaudot⁸⁴.

Dans ce contexte, le fonctionnement en réseau apporte-t-il une plus-value ? La chargée de mission du réseau français diffuse les informations à destination de l'ensemble des membres du réseau grâce à une liste de diffusion par courrier électronique, à destination des personnes référentes du réseau dans chaque municipalité : un bulletin est ainsi régulièrement envoyé. Il comporte des informations propres au fonctionnement du réseau (dates des réunions administratives, des groupes de travail), des actualités plus générales du monde de la santé. Ce fonctionnement constitue le premier degré du réseau, dans la mesure où chaque membre, qu'il soit actif ou non, reçoit ces informations. Le second degré du fonctionnement du réseau est moins passif que le premier : il s'agit des échanges de ville à ville. Ces échanges s'opèrent *de visu* lors des colloques organisés par le réseau national ou lors de réunions de travail thématiques, ou de façon dématérialisée, par l'intermédiaire de l'espace réservé du site Internet du réseau. Les membres qui n'ont pas participé à ces échanges sont ensuite informés du contenu de ces derniers par l'intermédiaire du bulletin d'informations et sont invités à y participer. Le fonctionnement du réseau « Élus, santé publique et territoires »⁸⁵ est relativement identique, puisqu'il organise des rencontres régulières entre ses membres et les informe des actualités dans le secteur de la santé, comme l'Institut Renaudot.

Les entretiens que nous avons pu mener auprès de techniciens et d'élus à la santé membres du réseau ont montré que ce mode de fonctionnement peut être assez démobilisateur, dans la mesure où il est peu contraignant et que les techniciens sont très mobilisés par les actions quotidiennes. Le frein principal est le manque de temps disponible

⁸⁴ L'institut Théophraste Renaudot regroupe les institutions de santé communautaire, principalement situées en Ile-de-France. Site Internet : <http://www.institut-renaudot.fr/>

⁸⁵ Créé en 2005 par l'adjoint à la santé de Nanterre, le réseau rassemblait à l'origine principalement les villes dotées d'un ASV : les premiers membres du réseau étaient principalement situés en Ile-de-France. Le réseau s'est progressivement élargi aux villes des autres régions, mais également à toutes les thématiques de santé qui intéressent les villes. Site Internet : <http://www.espt.asso.fr/>

pour participer aux actions du réseau. Par exemple, la participation aux colloques du réseau peut s'avérer chronophage si les municipalités souhaitent participer à leur totalité, ainsi qu'au colloque annuel du réseau francophone. Cela nécessite d'effectuer des choix et de renoncer à se rendre aux rencontres entre les membres du réseau, en raison des contraintes d'emploi du temps (y compris professionnelles, les adjoints à la santé n'ont pour certains d'entre eux pas la possibilité de se libérer régulièrement de leurs obligations professionnelles) : la participation au réseau passe ainsi parfois au second plan. Une seconde contrainte, relative à ces rencontres, est la question de la distance, évoquée lors de plusieurs entretiens par des techniciens. Certaines rencontres (colloques ou réunions du conseil d'administration) se déroulent à une distance relativement importante de leur municipalité : les réunions du bureau du réseau se déroulent dans les locaux de l'INPES à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) au cours d'une journée, ce qui peut impliquer un déplacement sur une grande distance pour un temps de réunion relativement court. Ceci a, par exemple, encouragé l'élue à la santé de Lorient à se retirer du conseil d'administration du réseau (qui souhaitait également que le conseil d'administration ait de nouveaux membres). Cette question de la distance pose également problème dans les échanges entre les techniciens. La plate-forme électronique et les rencontres ponctuelles ne constituent pas des espaces de circulation suffisants pour créer des relations à long terme entre les techniciens. La proximité géographique entre les techniciens ou des élus, qui ont l'occasion de se rencontrer dans d'autres contextes, par exemple dans le cadre de coopération entre deux villes proches (coopération Rennes-Nantes) ou de l'Agence régionale de santé, explique davantage l'interconnaissance des élus et des techniciens de villes voisines que la seule adhésion au réseau des Villes-Santé. De plus, les thèmes abordés ou les demandes d'informations par les municipalités ne concernent pas l'ensemble des municipalités, et peuvent donc être assez peu mobilisateurs : par exemple, la mise en place de défibrillateurs dans l'espace public ou l'alcoolisation des jeunes sont des thèmes abordés par plusieurs municipalités mais ne concernent pas toutes les municipalités. Les orientations politiques locales, les problématiques de santé, varient d'une municipalité à l'autre.

Afin de pallier ces défauts, le réseau national a mis en place deux mesures. La première est la création de groupes d'études thématiques, qui réunissent une dizaine de villes. La santé des gens du voyage est le premier groupe thématique, lancé par le réseau en 2009 par la ville de Nancy (dont l'élue adjointe à la santé est présidente du réseau). Les deux groupes de travail les plus récents ont abordé les questions de l'habitat (2011) et de la parentalité (2012). Ces deux thématiques ont respectivement été soulevées par les villes de Nantes et de

Villeurbanne. Le fonctionnement des trois groupes de travail est relativement identique. Dans un premier temps, le réseau enquête auprès de ses membres afin d'établir un état des lieux à l'échelle nationale. Un guide, qui rassemble les contributions des villes mais également des préconisations pour l'avenir, est édité. Un colloque final permet de présenter les travaux du groupe auprès de tous les membres du réseau, mais également à l'ensemble des partenaires du réseau (Ministère de la santé,...). La composition des groupes de travail nuance cependant l'amélioration de la participation des villes. Plusieurs villes ont participé à deux groupes de travail : Nancy, Montpellier, Rennes, Bourgoin-Jallieu, Saint-Quentin-en-Yvelines, Villeurbanne, Grenoble. A l'exception de Saint-Quentin-en-Yvelines, ces villes sont toutes présentes au conseil d'administration du réseau : les élus et les techniciens de ces municipalités sont parmi les plus actifs du réseau. L'effet d'entraînement de municipalités moins actives est donc relativement nuancé.

Tableau 5 : composition des groupes de travail thématiques

Groupe « Santé des gens du voyage »	Groupe « Santé et habitat »	Groupe « Santé et parentalité »
Aulnay-Sous-Bois Bourgoin-Jallieu Chalon-sur-Saône Dijon Grand Nancy Nancy Perpignan Roubaix Saint-Quentin-en-Yvelines	Aix-les-Bains Grenoble La Rochelle Lyon Montpellier Rennes Saint-Denis Saint-Quentin-en-Yvelines Villeurbanne	Bourgoin-Jallieu Grenoble Montpellier Nancy Nantes Rennes Saint-Brieuc Saint-Paul de la Réunion Salon de Provence Valence Villeurbanne

Source : Réseau français des Villes-Santé

La seconde solution est la mise en place de réseaux régionaux. Ces réseaux régionaux ont récemment vu le jour, par exemple le réseau du Grand Ouest en septembre 2009, alors que l'idée de créer des réseaux régionaux a été évoquée dès la constitution du réseau national. Les réseaux régionaux, composés d'environ une dizaine de villes, sont le cadre de groupes de travail sur des problématiques communes aux villes. La proximité spatiale, les thèmes en lien avec les problématiques des villes (comme la santé mentale et les addictions pour le réseau « Grand Ouest » : les villes du Grand Ouest sont notamment touchées par les problèmes d'alcoolisation massive des jeunes) et la possibilité d'échanger de façon moins formelle

suscitent davantage l'intérêt des techniciens que les colloques ou les séminaires. Les rencontres sont plus rapprochées et plus régulières.

2. La mise en œuvre des principes des Villes-Santé à l'échelle locale

Quelle est la place accordée à la santé par les villes adhérentes du réseau français des Villes-Santé ? Il s'agira dans un premier temps de comprendre les raisons qui ont motivé l'adhésion des municipalités au réseau Villes-Santé. L'adhésion est-elle motivée par la volonté d'intégrer la santé et le bien-être dans toutes les politiques ou par la reconnaissance, grâce à un label OMS, des actions déjà menées en matière de santé, sans volonté de s'engager davantage sur la voie du bien-être ? Dans un second temps, la traduction locale de l'adhésion au réseau Villes-Santé sera analysée. Une ville peut aussi agir sur la santé de ses habitants grâce à d'autres dispositifs (agenda 21, ateliers santé ville,...). Par ailleurs, l'État, acteur essentiel des politiques de santé, ne s'appuie pas sur la même définition de la santé que les villes (rapport du CAS⁸⁶). Les Villes-Santé sont ainsi tiraillées entre des forces centripètes, qui ont tendance à converger vers une approche de la santé considérée comme bien-être, et des forces centrifuges, qui renforcent la responsabilité de l'individu, sans tenir compte de son environnement physique, social, économique.

2.1. Des forces contraires ? Forces centrifuges, forces centripètes : une dispersion des politiques de santé

Le contexte est fondamental pour comprendre ce qui peut encourager ou décourager les villes à s'engager sur la promotion de la santé et du bien-être. Si certains dispositifs permettent d'appuyer cette démarche, d'autres éléments peuvent éloigner les communes de cet objectif.

⁸⁶ *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, Centre d'analyses stratégiques, La Documentation française, coll. Rapports et documents, n° 25, 2010, 194 p. Disponible à l'adresse : http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_25_Prevention_Web.pdf

2.1.1. Les forces centripètes. Une complémentarité des dispositifs locaux vers le bien-être (agendas 21, ateliers santé ville) ?

Les Villes-Santé ne sont pas les seules à prôner le bien-être dans toutes les politiques locales. Deux démarches, qui sont appuyées par les mêmes méthodes, permettent d'abonder dans leur sens : les agendas 21 locaux et les ateliers santé ville.

Les agendas 21 locaux, créés en 1992, ne se sont développés qu'à partir des années 2000. Issus d'une démarche *bottom up* (penser globalement, agir localement), mais aussi intersectorielle, partenariale et impliquant la participation de la population, ils correspondent aux démarches Villes-Santé. Environ une Ville-Santé sur trois a intégré un volet santé à son agenda 21.

Les Villes-Santé sont davantage investies dans les ateliers santé ville. Les ateliers santé ville ont été lancés en 2000 dans le cadre des contrats de ville 2000-2006, et sont aujourd'hui plus de 230⁸⁷. La circulaire interministérielle du 4 septembre 2006⁸⁸ renforçant la place de la santé au sein de la politique de la ville, il a été décidé de généraliser les ASV. Plusieurs millions d'euros sont alloués à la santé dans la politique de la ville, à comparer aux modestes moyens du réseau Villes-Santé.

La recherche d'une certaine culture qui pouvait faire défaut (promotion de la santé, intersectorialité, participation de la population,...), le besoin d'informations en matière de santé, et en particulier de promotion de la santé, expliquent en partie l'augmentation du nombre d'adhésions à partir de 2002. Un ASV doit constituer une dynamique partenariale avec les acteurs et institutions en charge de la santé au niveau local : médecins généralistes, Caisse primaire d'Assurance maladie, Caisse régionale d'Assurance maladie, Caisse d'allocations familiales,..., c'est-à-dire ce que prône le réseau Villes-Santé depuis 1990. Un diagnostic de la santé des habitants est souhaité, ainsi que la participation de la population. Les démarches sont donc très semblables, et la santé n'est pas seulement pensée en termes d'accès aux soins, ce qui est assez original pour l'État, qui s'est inspiré du projet Villes-Santé.

⁸⁷ Données de la D2légation interministérielle à la Ville (2007). Une synthèse des ASV par la DIV est disponible à l'adresse : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

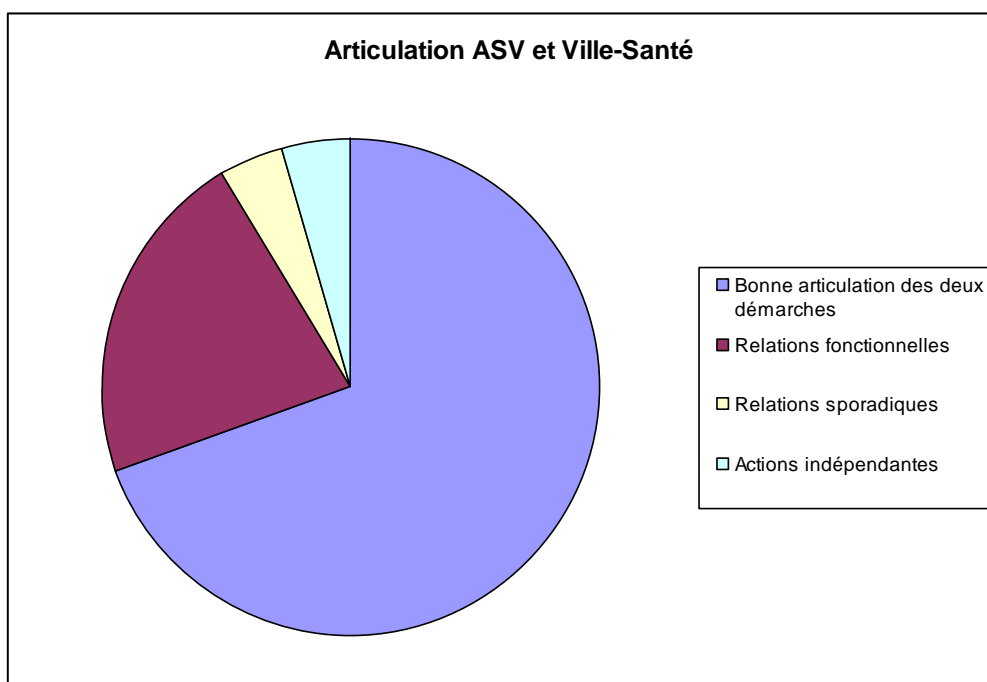
⁸⁸ Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville abrogeant la circulaire interministérielle. Disponible en ligne : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-09/a0090023.htm>

Il n'est donc pas étonnant que les deux tiers des Villes-Santé qui ont répondu au questionnaire estiment que l'ASV et Ville-Santé sont bien articulés (cf. graphique 8). C'est le cas de la ville de Lormont, près de Bordeaux, qui a adhéré au réseau en 2004 : « L'engagement de la Ville de Lormont dans le réseau français des villes OMS est la suite logique des contractualisations de la commune signées avec l'État, la Région, le Conseil Général. En effet, dans le cadre du Grand Projet des Villes et du Contrat de Ville de l'agglomération bordelaise, les orientations déclinées correspondent avec la définition d'une Ville-Santé »⁸⁹.

Ainsi, sur la trentaine de villes qui ont répondu au questionnaire, un tiers a mis en place un agenda 21 et un ASV: Rennes, Toulouse, Villeurbanne, Amiens, Châteauroux, Mulhouse, Nantes,... La plupart d'entre elles sont des villes qui adhèrent au réseau Villes-Santé depuis le début des années 1990, et qui sont très investies dans la promotion de la santé. Il est plus facile de mettre en place un atelier santé ville, en partie grâce aux subventions de la politique de la ville, qui sont fortement incitatives (elles permettent le recrutement d'un coordonnateur ASV, chargé à plein temps du dispositif) alors que l'agenda 21 ne rapporte pas de subventions aussi directes, étant plutôt dans une démarche *bottom up*, contrairement à l'ASV, qui est plus *top down*. De plus, les priorités des agendas 21 n'incluent pas la santé de manière directe, l'accent étant davantage mis sur l'environnement ou la cohésion sociale (cf. graphique 10).

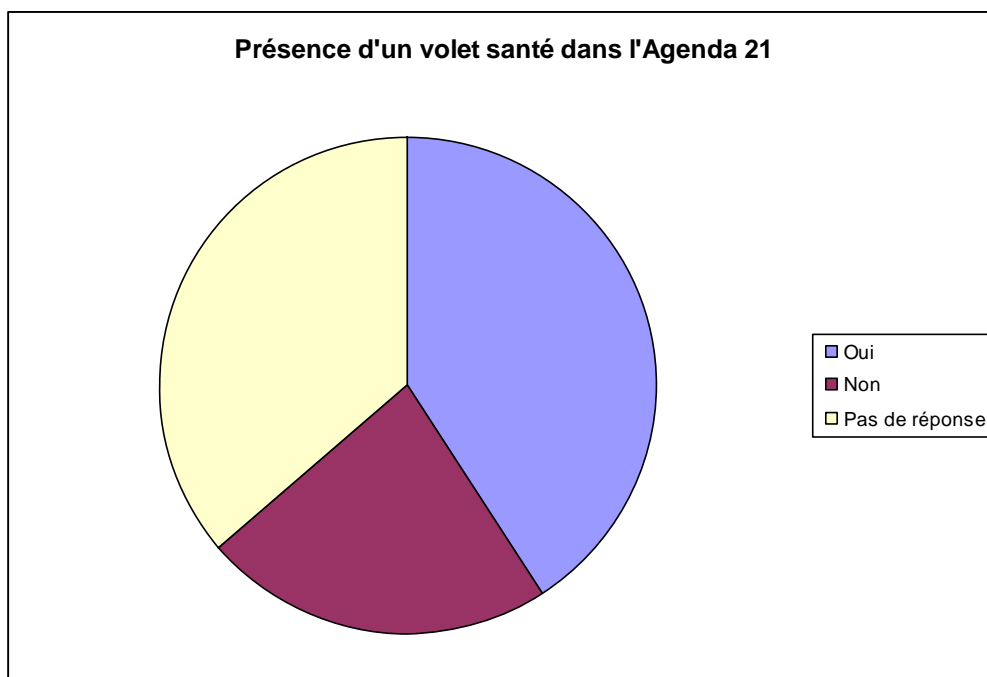
⁸⁹ Délibération du Conseil municipal du 17 septembre 2004

Graphique 8 : La qualité de l'articulation entre l'ASV et le projet de Ville-Santé



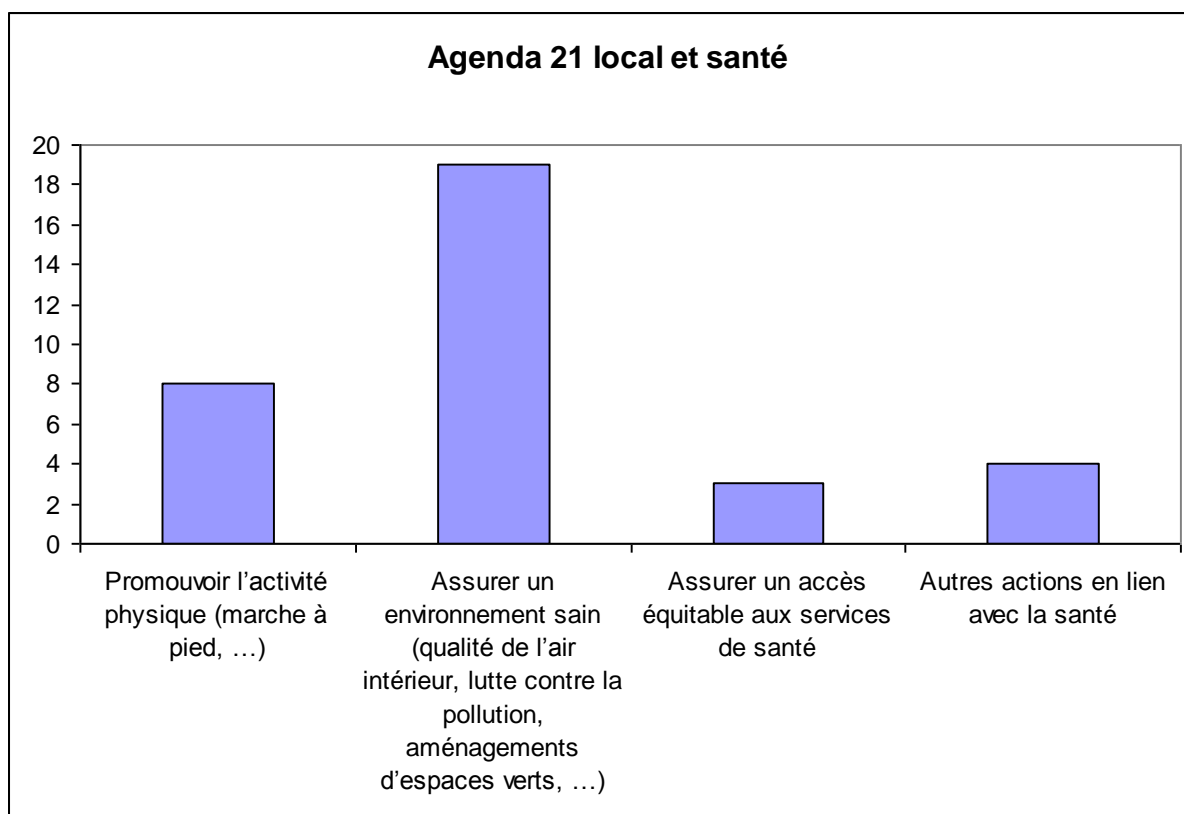
Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

Graphique 9 : Présence d'un volet santé dans les agendas 21 des Villes-Santé



Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

Graphique 10 : Les thématiques relatives à la santé dans les agendas 21 des Villes-Santé



Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

2.1.2 Les forces centrifuges : la promotion de la santé vue par l'État

En France, 97 % du budget de la santé est consacré au système de soins, soit moins de 3% pour la promotion de la santé. Pour Valéry Ridde⁹⁰, « l'approche proposée [dans le rapport de l'académie de médecine intitulé 'Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français'] est on ne peut plus stigmatisante pour les individus et rejoint le courant de la promotion de la santé centré sur les individus (le *victim-blaming*) ignorant les enjeux politiques, économiques et sociaux sous-jacents à ces comportements individuels ». Cette approche centrée sur l'individu est encore prégnante, comme le montre un rapport récent du centre d'analyse stratégique, qui a fait réagir le réseau français Villes-Santé, « *Nouvelles approches de la prévention en santé publique - L'apport*

⁹⁰ RIDDE, Valéry. Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches sociographiques*, vol. 45, n° 2, mai-août 2004, pp. 343-364

des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences »⁹¹. Les comportements à risque sont présentés comme des « fardeaux sanitaires et économiques », dont les individus sont les seuls coupables. Le rôle du système de soins ainsi que celui de l'environnement (physique, économique, social) sont mis de côté, ignorant ainsi toutes les recherches et actions menées en faveur de la promotion de la santé. Valéry Lévy-Jurin a adressé une lettre à Nathalie Kosciusko-Morizet, à qui ce rapport a été remis, dans laquelle il indique que « l'amalgame fait entre politique publique de prévention, prévention et communication en santé relève d'une réelle méconnaissance des concepts de promotion de la santé développés par l'OMS depuis plusieurs décennies. Il nous apparaît dangereux pour l'avenir de la santé publique en France, à l'heure où la loi de santé publique et le PNNS 3 sont en préparation »⁹².

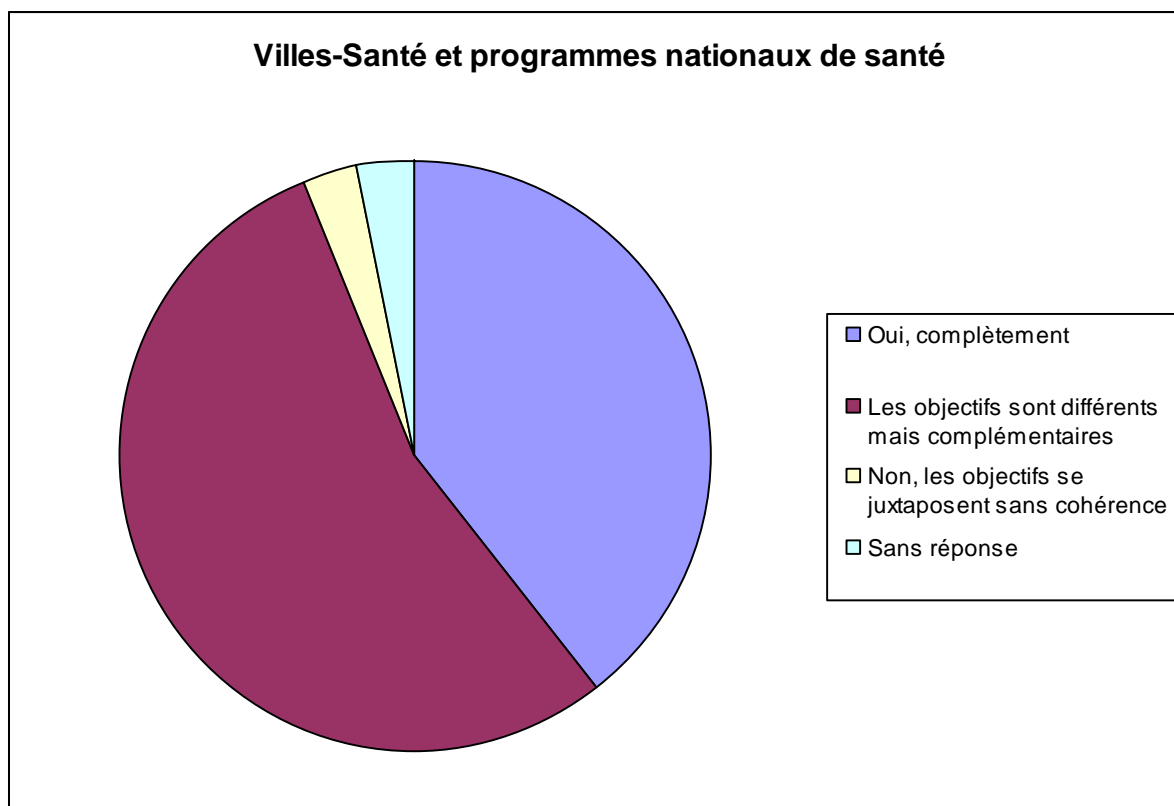
Parallèlement, la loi Hôpital, patients, santé et territoires, votée pendant l'été 2009, a créé les contrats locaux de santé, signés par les agences régionales de santé (mises en place le 1^{er} avril 2010) et les collectivités locales : « la mise en œuvre du projet régional de santé pourra faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence [régionale de santé], notamment avec les collectivités territoriales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médicosocial »⁹³. Le rôle des collectivités locales, et des communes en particulier, en matière de santé, semble donc renforcé par ces contrats locaux de santé. Il est encore trop tôt pour évaluer les effets de ce nouveau dispositif. Enfin, les municipalités participent aux programmes nationaux de santé (plan national nutrition santé, plan national de santé-environnement,...), dont certains sont déclinés à l'échelle locale, à l'image des « villes actives du Plan national de nutrition santé ». Ces programmes sont pour la plupart axés sur la prévention et la promotion de la santé : ils sont aisément intégrés dans le projet local de Ville-Santé (cf. graphique 11).

⁹¹ *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, idem.

⁹² http://www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/EVENEMENTS/Lettre%20a%20NKM/Courrier%20NKM.pdf

⁹³ Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé. Disponible en ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-03/ste_20090003_0100_0151.pdf

Graphique 11 : Les objectifs des Villes-Santé et des programmes nationaux de santé (PNNS,...) sont-ils conciliables ?



Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

2.2. Dépasser les frontières traditionnelles de la santé pour adopter une nouvelle conception de la santé ?

Après avoir vu que les raisons de l'adhésion au réseau des Villes-Santé peuvent être relativement variables, il faut s'éloigner des discours pour estimer concrètement le rôle de l'appartenance au réseau Villes-Santé dans les pratiques quotidiennes des Villes. Tout d'abord, on peut se demander si le réseau, et par extension les principes qui le sous-tendent (promotion de la santé,...), est connu, assimilé par les acteurs des Villes-Santé. La place de la santé dans les politiques locales est un autre indicateur de l'intégration de la recherche du bien-être.

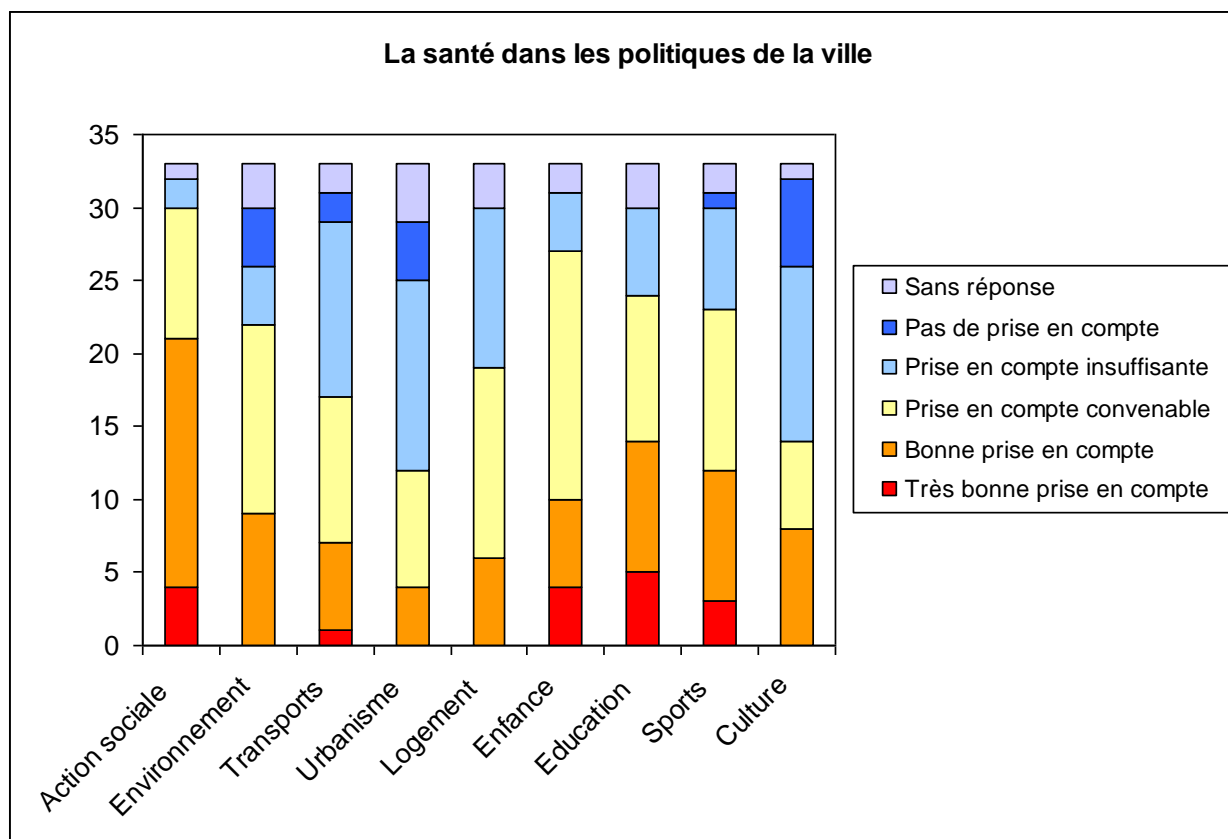
2.2.1. Intégrer la santé dans toutes les politiques locales ? L'intersectorialité et le partenariat en question

Une des principales difficultés pour les villes est d'intégrer la santé dans l'ensemble de leurs politiques locales. Les réponses au questionnaire indiquent le degré de prise en compte de la santé dans les principales politiques menées par les villes action sociale, environnement, transports, urbanisme, logement, enfance, éducation, sports, culture (cf. graphique 12). L'action sociale prend bien en compte les problématiques de santé. L'intégration de la santé par les services de l'enfance et de l'éducation relève de l'intervention classique de la commune (hygiène, nutrition), d'autant plus que les enfants sont un public « captif » pour les communes, à travers les crèches et les écoles. Santé et sports font également bon ménage : on est toujours ici dans une approche plutôt individuelle de la santé, et non dans la recherche d'amélioration du cadre de vie de la population. Les politiques qui sont en charge d'améliorer le cadre de vie des habitants semblent moins prendre en compte les préoccupations de santé. Le logement, l'urbanisme, et les transports sont les parents pauvres de la santé, ce qui est assez surprenant au vu du développement des vélos en libre-service. Mais ceux-ci sont en général pensés en termes de mobilités « douces » (non polluantes) et non en termes de mobilités « actives » (encourageant l'activité physique).

Les villes françaises sont particulièrement en retard sur les évaluations de l'impact sur la santé (EIS), définies comme « un processus d'estimation des effets potentiels d'une action spécifique sur la santé d'une population déterminée »⁹⁴. La seule expérience connue à ce jour en France est celle de la ville de Rennes, qui a effectué une étude d'impact sur la démarche « santé environnement » dans une nouvelle crèche, avec l'appui du centre collaborateur des Villes-Santé francophones situé à Rennes, que nous évoquerons au chapitre 9.

⁹⁴ SCOTT-SAMUEL Alex, Health impact assessment – theory into practice, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, vol. 52, pp. 704-705.

Graphique 12 : La prise en compte de la santé dans les politiques locales



Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

Les services municipaux de santé ne travaillent cependant pas seuls. Leurs partenaires principaux ne sont pas les services de la ville, mais des structures extérieures : services déconcentrés de l'Etat (DDASS, DRASS), CAF, CPAM, mutuelles, personnels médicaux,... Ces structures ont des relations directes avec la santé, ce qui facilite les coopérations avec le service santé de la ville, ce qui n'est pas le cas des autres services de la ville. Une responsable du service de santé d'une ville présente dans le réseau depuis vingt ans se demande ainsi si ce n'est pas plutôt le service en charge de la santé qui est adhérent au réseau, plutôt que la ville dans son ensemble, posant ainsi la question de l'intersectorialité de la santé.

L'intérêt de l'appartenance au réseau dépend de nombreux facteurs, principalement le temps (temps accordé au quotidien, temps sur la durée : changement d'équipes, d'élus,...), la motivation (des élus, des techniciens), une définition commune préalable de la santé : il ne suffit pas d'adhérer au réseau pour devenir une Ville-Santé accomplie. Amiens, adhérente depuis 1996, n'a un adjoint à la santé que depuis 2008, à l'occasion d'un changement d'équipe municipale.

2.2.2. Les liens entre les acteurs locaux : le facteur déterminant de la dynamique locale

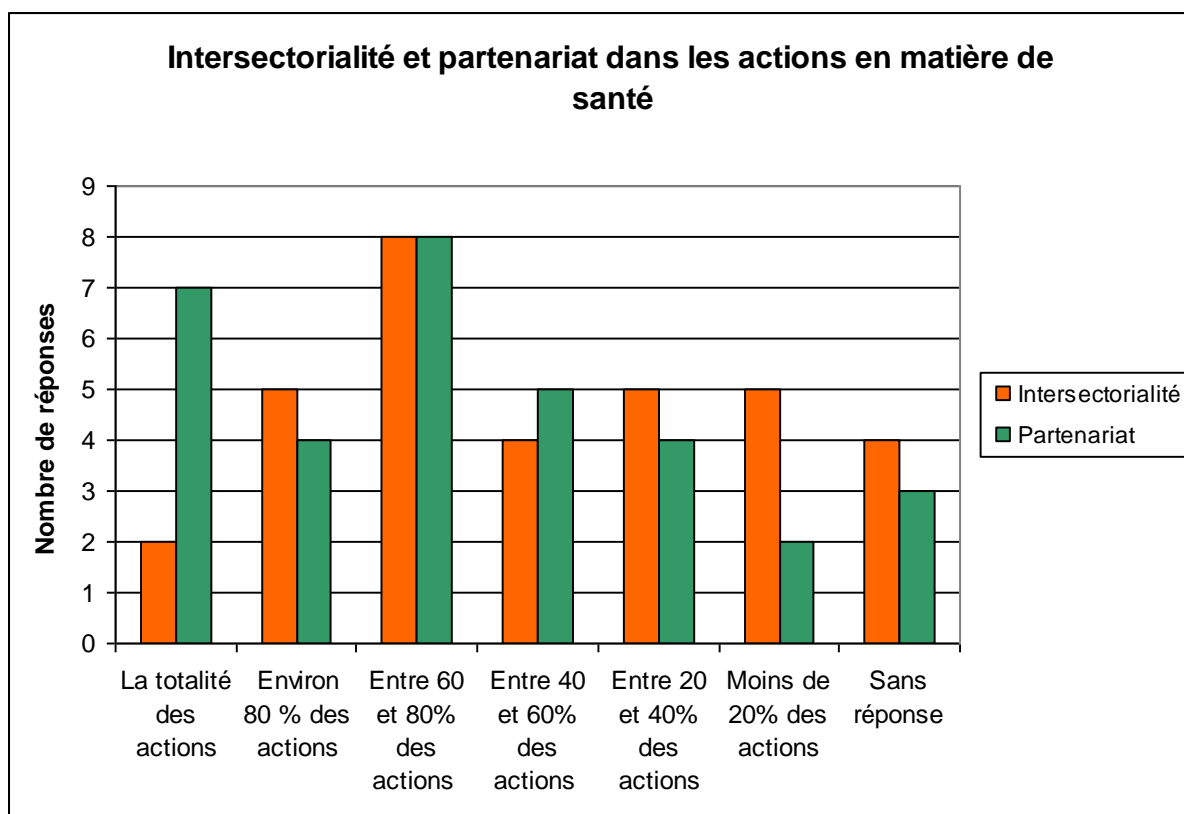
Les dynamiques de l'intersectorialité et du partenariat menées par les services municipaux de santé des Villes-Santé sont de trois ordres, en fonction de plusieurs critères, tels qu'identifiés par Salma Loudiyi (Loudiyi, 2004). La nature des objets concernés, leur configuration spatiale et l'étendue de l'espace d'action, renvoient à trois types de liens entre acteurs : le « *bonding territorial* », le « *linking territorial* » et le « *bridging* ». Ces trois catégories sont un prisme d'analyse pertinent pour considérer les relations entre les acteurs locaux des Villes-Santé. Les Villes-Santé les plus récentes, ou les moins avancées, sont caractérisées par le « *bonding territorial* » : les acteurs sont rassemblés par une activité commune, dans un espace d'action commun. Les acteurs ont un statut relativement identique et une échelle d'action commune. L'exemple de la ville de Cherbourg, entrée dans le réseau en 2011, illustre ce type particulier de relations entre acteurs au sein d'un même territoire. La municipalité a mis en place un « comité interne » en charge de la santé. Il se réunit très régulièrement (toutes les six semaines) et est constitué d'élus et de techniciens municipaux : maires-adjoints à la cohésion sociale et au développement durable, conseillers municipaux en charge de l'animation sociale du territoire, de l'accessibilité, directeurs de services (CCAS, service de la cohésion sociale et de l'égalité des chances), chargées de mission (santé éducation, politique de la ville, handicap, coordinatrice de l'ASV). Le comité est ainsi composé de professionnels municipaux de la santé : les services dont les préoccupations sont plus éloignées de la santé, les services de l'État, les associations, ne sont pas présentes dans ce comité. Ce type de groupe peut éventuellement s'élargir à l'avenir à ces acteurs, faisant évoluer les types de liens entre les acteurs vers le « *linking territorial* » : le partenariat, c'est-à-dire la coopération avec les acteurs locaux de la santé (médecins, associations) est alors plus développé. Les réunions des différents réseaux régionaux renvoient également à ce type de relations entre acteurs : les techniciens qui pratiquent les mêmes métiers dans leurs municipalités respectives s'y rencontrent. Le *bonding territorial* sert à sortir les techniciens de leur isolement relatif, d'autant plus que les services municipaux de santé sont peu fournis et mal connus des autres services, ce qui explique une intersectorialité assez faible.

Le « *linking territorial* » comprend des acteurs de statuts différents mais présents à la même échelle. Il s'agit principalement de groupes de pilotage, à l'image du groupe créé à Briançon dès son adhésion au réseau en 2010. Ce groupe, animé par l'adjoint à la qualité de vie et au développement durable (et donc porteur d'une vision plus large que la santé) se

compose d'élus (adjointe en charge de l'hôpital et du pôle sanitaire, adjoint à la jeunesse), de techniciens (représentants des établissements socio-médicaux, un employé communal, un sapeur-pompier) et de membres du « Conseil Économique Social Environnemental Citoyen », instance consultative créée en 2010 et inspirée du Conseil économique, social et environnemental. Les liens entre les acteurs et les espaces d'action restent relativement limités à l'échelle communale, la plupart des acteurs agissant à cette échelle : les intercommunalités ou les services de l'Etat sont assez peu sollicités et ne participent pas à ces groupes de pilotage. Les groupes d'acteurs sont plus hétérogènes que la catégorie précédente. L'objectif est également différent : il ne s'agit pas de rompre l'isolement des techniciens en charge de la santé mais d'élaborer des projets (par exemple, le comité de pilotage Ville-Santé de Briançon rédigera un contrat local de santé).

Dans le troisième type d'interactions entre acteurs — le « bridging » —, les acteurs n'ont pas tous la même échelle d'action, ni le même degré d'expertise, ce qui conduit à une hiérarchie entre les acteurs. La commission « Santé, habitat, environnement » du comité intersectoriel Ville-Santé de la ville de Rennes comprend ainsi un technicien du service d'urbanisme de la communauté d'agglomération (Rennes Métropole), l'association Air Breizh, en charge de la surveillance de la qualité de l'air à l'échelle régionale, plusieurs enseignants-chercheurs de l'EHESP (dimension nationale, voire internationale).

Graphique 13 : Les jeux d'acteurs dans les Villes-Santé : intersectorialité et partenariat



Source : Questionnaire mené auprès des Villes-Santé françaises en 2010 (E. Le Goff)

Si le bien-être des habitants est l'objectif ultime affiché dans le projet Villes-Santé, il est moins présent dans les motivations des villes, et parfois très atténué dans les actions concrètes. Quand l'adhésion au réseau n'est pas seulement un label de plus au palmarès des villes, la motivation des équipes municipales (élu à la santé, service de santé) rencontre plusieurs obstacles : méconnaissance des enjeux de santé de la part des autres élus et services, politiques nationales de santé centrées sur le soin,... Plus qu'un « mouvement social », le réseau Villes-Santé semble donc être un « outil bureaucratique » (Baum, 1993) ayant des difficultés à diffuser le bien-être au cœur des cités. Ainsi, les formes locales d'appropriation des principes des Villes-Santé sont très hétérogènes.

2.3. Une application hétérogène des principes des Villes-Santé à l'échelle nationale

La croissance récente du réseau dissimule un aspect original et peu présent dans les analyses d'autres réseaux de villes. Le nombre de 80 Villes-Santé ne signifie pas 80 équipes municipales actives qui participent au réseau. Les Villes-Santé françaises peuvent être divisées en cinq catégories, en fonction des différents critères vus précédemment : utilisation du réseau par les équipes municipales, part de la santé dans les politiques locales, types de jeux d'acteurs.

Les archives du réseau national nous ont également permis de repérer des villes qui ont quitté celui-ci depuis plusieurs années, en particulier Rezé et Crozon, membres du réseau dans les années 1990. La prise de contacts auprès de ces deux municipalités n'a pas permis de rencontrer des personnes susceptibles de nous donner davantage d'informations à ce sujet. La mémoire des élus et des techniciens municipaux remonte rarement à cette époque. Les changements de majorité municipale au gré des élections, les départs en retraite des techniciens (qui peuvent ne pas être remplacés), les mutations de ces derniers dans d'autres villes ou d'autres organismes conduisent à un renouvellement régulier des équipes municipales. Cette difficulté a également été rencontrée lors de certains entretiens, en particulier lorsque l'élu ou le technicien ont récemment pris leurs fonctions. Dans ce cas, les entretiens ont été complétés par une recherche documentaire. La ville de Gravelines a souhaité interrompre en 2005 sa participation au réseau dans la mesure où la communauté urbaine de Dunkerque, à laquelle elle appartient, s'investissait dans le réseau. Peu de municipalités ont quitté le réseau au cours de notre recherche. Par exemple, la ville de Chaumont (Haute-Marne) n'a pas renouvelé son adhésion au réseau en 2010. L'arrêt de la participation au réseau est lié au statut de l'organisme en charge du projet Ville-Santé local : il s'agissait d'une association de promotion de la santé (cas unique du réseau), dont les subventions d'origine municipale ont été considérablement réduites, ne permettant plus une continuité des actions menées.

Plusieurs villes peuvent être considérées comme des Villes-Santé « fantômes », dans la mesure où leur seule participation au réseau est le paiement de la cotisation annuelle peu élevée. Ces villes ne participent plus à la vie interne du réseau, par exemple par la présence au bureau ou au conseil d'administration du réseau ou par la participation des élus ou techniciens

au colloque annuel ou aux colloques thématiques organisés par le réseau. Il s'agit essentiellement de petites villes, qui ne disposent pas de moyens humains ou financiers leur permettant de participer au réseau : absence d'un service municipal de santé, pas d'élus adjoints ou délégués à la santé. Le cas de la ville d'Yzeure (Allier, environ 13 000 habitants), adhérente depuis 2003, est le plus caractéristique de ce type de villes. Le duo de référents de la ville vis-à-vis du réseau est composé d'un élu à la vie associative et du directeur général des services, c'est-à-dire un élu et un technicien peu aguerris aux problématiques de santé. De plus, Yzeure reste relativement isolée des autres Villes-Santé, bien que les villes auvergnates de Beaumont ou Chamalières aient récemment rejoint le réseau (respectivement en 2009 et 2011). Les villes de Moulins ou de Clermont-Ferrand ne sont elles-mêmes pas membres du réseau et ne peuvent donc pas jouer le rôle d'intermédiaire, à l'instar de Nancy en Lorraine. Le centre de la France est dépourvu de Ville-Santé motrices, ce qui constitue un frein pour engager des relations avec les autres équipes municipales de la Région, mais également pour entamer des dynamiques particulières, notamment dans le cadre des politiques régionales de santé. Les alternances politiques locales ou le départ (retraite ou mutation) de techniciens peuvent, dans certains cas, rompre des dynamiques fragiles, qui ne reposaient que sur un élu ou un technicien. C'est le cas de la ville de Saint-Brieuc, qui n'a pas été active au cours des années 2000 : le départ du médecin directeur du SCHS, actif lors des premières années de l'adhésion de la ville au réseau (1990) et les alternances politiques de la ville, qui ont vu se succéder plusieurs élus à la santé, ont progressivement fait « perdre la mémoire » des acteurs locaux, bien que la cotisation pour adhérer au réseau ait été maintenue.

Une partie des villes ont rejoint le réseau des Villes-Santé afin de promouvoir leurs actions locales, en particulier les ateliers santé ville. Ces villes ont principalement adhéré au cours des années qui suivent la mise en place des ateliers santé ville, soit après 2000. Lors de la mise en place des ASV, seule une trentaine de villes étaient membres du réseau. Les ASV ont créé un besoin, qui n'a pas suffisamment été pallié par les services de l'État. De fait, les municipalités n'ayant aucune expérience en santé publique se tournent vers d'autres municipalités plus expérimentées. Le pic d'adhésions au début des années 2000 correspond à cette demande d'informations. Les équipes de ces municipalités n'ont pas de culture locale de santé publique et utilisent leur appartenance au réseau des Villes-Santé davantage comme un label, à l'image des panneaux « villes fleuries » ou « ville Internet » qui ornent les entrées des municipalités. La connaissance des principes des Villes-Santé n'est pas très forte lors de l'élaboration du dossier de candidature. Cette position peut évoluer vers une participation plus

importante au sein du réseau, principalement dans le but de partager les informations. A l'image de la municipalité de Rouen, qui avait fait de l'adhésion au réseau l'un des objectifs de l'ASV, la démarche peut évoluer une fois que l'adhésion est effectuée. Cependant, les techniciens et les élus utilisent le réseau avant tout comme un moyen de recueillir des informations sur l'expérience des autres municipalités, et font rarement part aux autres membres de leur propre expérience. Ces municipalités ont le même profil que la majorité des Villes-Santé danoises, qui ont intégré le réseau des Villes-Santé pour pallier un déficit d'informations en provenance de l'État, alors même que ce dernier leur a attribué des compétences supplémentaires.

Dans la plupart des Villes-Santé pionnières, à l'image de Toulouse ou de Mulhouse, qui ont adhéré au réseau dès 1990, l'acculturation des techniciens et de l'élus en charge de la santé a été opérée : ils sont convaincus que la santé ne se limite pas aux enjeux sanitaires et qu'elle n'est pas uniquement dédiée aux techniciens du service municipal. Cependant, cette acculturation se limite au service municipal de santé, dont les missions sont souvent mal connues des autres services, en particulier des services avec lesquels les techniciens collaborent rarement (services du logement, des transports et de l'urbanisme en particulier). L'adhésion au réseau étant relativement ancienne, elle est mal connue des interlocuteurs du service municipal de santé : les techniciens s'appuient sur l'appartenance de la ville au réseau pour rappeler que la ville s'est engagée à mettre en place une politique de santé transversale. La responsable du service de santé de Toulouse a ainsi affirmé lors d'un entretien que c'était davantage le service que la municipalité qui avait adhéré au réseau. Concrètement, les responsables du service de santé s'invitent aux réunions de services auxquelles ils ne sont pas conviés afin de rappeler que le projet évoqué (comme l'installation des vélos en libre-service) soulève également des enjeux en termes de santé.

Les Villes-Santé les plus abouties sont régulièrement citées comme exemples par les autres équipes municipales : les techniciens et/ou les élus sont régulièrement invités à partager leur expérience au cours des colloques organisés par le réseau ou lors de publications. Ainsi, les villes de Nancy, Grenoble, Rennes, Lormont, la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en Yvelines, la communauté urbaine de Dunkerque font partie des Villes-Santé qui ont adopté des politiques locales de santé relativement transversales, qui participent à l'animation du réseau en fournissant des informations à l'ensemble des autres membres du réseau. Les Villes-Santé européennes (Dunkerque, Nancy, Nantes et Rennes) constituent des

moteurs importants du réseau national : les contraintes plus importantes liées à l'adhésion au réseau européen les incitent à faire évoluer leurs politiques de santé. Cette expérience bénéficie ensuite aux Villes-Santé qui ne sont pas membres du réseau européen. Ces municipalités ont un effet d'entraînement national, mais également régional (voir le cas de Nancy, qui a incité directement ou indirectement les municipalités de Vandœuvre-lès-Nancy, Metz et Longwy à adhérer au réseau).

Le cas de la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines montre l'importance d'une culture locale de la santé antécédente, l'adhésion au réseau des Villes-Santé s'inscrivant dans une dynamique préexistante (cf. encadré 10). L'intercommunalité, qui regroupe sept communes marquées par de forts contrastes socio-économiques, a développé une politique de la santé depuis près de vingt ans. Dès 1994, le contrat de ville comporte un volet santé, prolongé en 2006 par un atelier santé ville. Parallèlement, la mise en place d'outils (observatoire et veille), a permis d'appuyer cette politique. Selon un ancien responsable du service de promotion de la santé de la communauté d'agglomération, les seules délibérations du conseil communautaire votées à l'unanimité sont les délibérations ayant trait à la santé.

Encadré 10 : La construction progressive d'une culture de santé publique locale à Saint-Quentin-en-Yvelines

1994 : Début du volet santé du Contrat de ville
1998 : Création de l'Observatoire de la ville
2001 : Création de l'Institut de Promotion de la Santé
2006 : Début de l'ASV
2006 : Adhésion au réseau des Villes-Santé
2008 : Mise en place d'une Veille en santé publique, rattachée à l'IPS et à l'Observatoire de la ville

Source : Site Internet de la CA de Saint-Quentin-en-Yvelines

Les deux faces des Villes-Santé, à la fois intégrées dans un réseau de villes et porteuses à l'échelle locale d'une autre manière d'élaborer des politiques de santé, sont complémentaires. Le réseau des Villes-Santé est avant tout un réseau social, réseau de techniciens des services municipaux en charge de la santé, d'élus. Bien que ceux-ci soient largement convaincus par les principes des Villes-Santé, la mise en œuvre de ces derniers se heurte aux réalités nationales et locales. Le réseau des Villes-Santé n'a pas acquis une dimension lobbyiste aussi forte que le réseau « Élus, santé publique et territoires », qui fait parfois l'actualité (en septembre 2010, un rapport de cette association sur les « salles de shoot » avait rencontré un écho particulier dans les médias nationaux) : les informations émanant des acteurs locaux ne sont pas systématiquement répercutées aux acteurs nationaux. La taille réduite des services municipaux de santé, le rôle secondaire des adjoints à la santé dans l'architecture de l'équipe des élus, ne favorisent pas non plus le développement d'une politique locale de santé transversale, voire d'une politique locale de santé tout court.

Malgré ce contexte difficile, les services municipaux et les élus à la santé trouvent les ressources pour infléchir les politiques locales, par petites touches, en fonction des dispositifs possibles, de l'évènement ponctuel (Octobre rose,...) à l'action de long terme, grâce à des comités *ad hoc* d'acteurs de périmètre variable, sans revendiquer systématiquement l'appartenance au réseau des Villes-Santé. La croissance du réseau en 2011 montre l'intérêt croissant des municipalités pour les questions de santé. Ce développement soulève des enjeux pour l'avenir du réseau : ce dernier va-t-il accueillir surtout des villes passives, qui utilisent le réseau comme un centre de ressources documentaires, voire comme un label, ou va-t-il faire évoluer les pratiques locales et nationales ?

Chapitre 6. Approche comparative de la mise en œuvre des principes des Villes-Santé à l'échelle locale : le cas des villes bretonnes

L'échelle régionale constitue un cadre homogène afin d'analyser les politiques de santé (voir chapitre 2). La diversité des dynamiques à l'œuvre dans les villes bretonnes en matière de politique locale de santé, qu'elles soient inscrites dans le réseau des Villes-Santé ou non, implique une comparaison de la mise en œuvre locale des politiques de santé, qu'elles soient territorialisées ou non. Les deux chapitres précédents ont montré l'importance du contexte local dans la mise en œuvre des principes des Villes-Santé. La Bretagne est également marquée par une dynamique régionale dont le périmètre dépasse largement celui des cinq Villes-Santé (Rennes, Lorient, Saint-Brieuc, Brest et Quimper). De plus, les cinq Villes-Santé bretonnes couvrent le territoire régional de façon équilibrée et la Bretagne constitue une originalité à l'échelle nationale, dans la mesure où les plus grandes villes de la région sont représentées, à l'exception de Saint-Malo et de Vannes. Trois de ces cinq villes, Rennes, Lorient, Saint-Brieuc, sont présentes dans le réseau depuis 1990. Le recul de vingt années de présence dans le réseau permet d'analyser et de comparer les évolutions des politiques de santé dans le temps, et de voir l'apport effectif de l'appartenance au réseau.

La régionalisation de la santé, déjà impulsée dans les années 1990 avec la mise en place des ARH et accentuée avec celle des Agences régionales de santé en avril 2010, permet de comparer plus facilement les politiques locales mises en place. Le choix de la Région Bretagne est lié aux spécificités des Villes-Santé de la Région. Tout d'abord, trois des douze premières municipalités adhérentes lors de la création du réseau national en 1990 sont bretonnes : Rennes, Lorient et Saint-Brieuc. Cette temporalité relativement longue suppose une documentation relativement riche, permettant de voir d'éventuelles évolutions des actions menées par ces trois municipalités durant plus de vingt ans. Deux autres villes bretonnes ont ensuite rejoint le réseau : Brest en 1997, soit dans une période « creuse » du réseau, et

Quimper en 2009, c'est-à-dire au cours du redéveloppement du réseau. De plus, la ville de Rennes, membre du réseau européen, siège du centre collaborateur des Villes-Santé francophones, ancien siège de la présidence du réseau français, et site d'accueil de la chargée de mission du réseau national à l'EHESP, joue un rôle fondamental dans l'animation du réseau qui n'a pas d'équivalent en France. Le contexte régional est également important, dans la mesure où la Région Bretagne a développé une politique locale de santé depuis 2003 : l'animation territoriale de santé a été développée dans six Pays (sur un total de vingt et un) et dans la commune de Rennes.

1. Des dynamiques locales hétérogènes, une dynamique régionale de santé émergente

Les Villes-Santé bretonnes, et plus largement les villes et collectivités bretonnes qui ont mis en place une politique de santé, révèlent de grandes disparités entre elles, tant en matière de moyens que de projets locaux. Ces disparités sont le résultat combiné d'un héritage parfois centenaire (création des SCHS au début du XX^{ème} siècle), des velléités politiques d'élus à un moment précis de leur parcours politique (Edmond Hervé ministre de la santé), du volontarisme d'élus adjoints à la santé et de techniciens municipaux. Le dispositif central, sur lequel repose la mise en œuvre des actions locales de santé, est le service municipal de santé, qui s'appuie sur un tissu important d'associations de promotion de la santé et de professionnels de santé. L'interconnaissance des élus et des techniciens, qui n'est pas seulement issue des réunions dans le cadre du réseau des Villes-Santé, est essentielle et permet d'élaborer une véritable dynamique régionale, qui dépasse le seul réseau des Villes-Santé.

1.1. La clé : le service municipal de santé

Toutes les Villes-Santé bretonnes disposent d'un service communal d'hygiène et de santé, héritage de la période hygiéniste de la fin du XIX^{ème} siècle et du début du XX^{ème} siècle. La création d'un service plus spécifiquement dédié à la promotion de la santé, qui n'est pas une compétence réglementaire des communes, est déterminante pour mettre en œuvre une politique de santé plus globale à l'échelle de la ville. Cependant, tous ces services n'occupent pas une place identique dans les Villes-Santé de Bretagne. De plus, on observe un fort déséquilibre entre les villes, le service de santé de la ville de Rennes étant largement plus important que ceux des autres villes.

1.1.1. Le service communal d'hygiène et de santé, dispositif central...

Les cinq Villes-Santé bretonnes disposent d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS), sous une forme plus ou moins identique. Ce service est un héritage du début du XX^{ème} siècle : une loi de 1902 obligeait les villes de plus de 20 000 habitants à disposer d'un bureau municipal d'hygiène (BMH). Brest a créé un bureau municipal d'hygiène dès 1907, suivie de Rennes l'année suivante (nous ne disposons pas de la date de création du BMH de Lorient, mais des documents datant de 1908 ont pu être conservés). Plus de cent ans plus tard, ces trois villes sont celles qui ont la politique locale de santé la plus dynamique de Bretagne, les villes de Quimper et de Saint-Brieuc, également Villes-Santé, étant davantage en retrait. Deux autres villes bretonnes (Fougères et Vannes) ont un service d'hygiène et de santé, mais restreint aux compétences légales. Dans toutes les villes, les SCHS ont une place très réduite dans l'organigramme des services de la ville, voire en sont absents. Cette faible visibilité des SCHS est commune à l'ensemble des deux cent huit SCHS de France.

1.1.2. ... doublé d'un service de promotion de la santé

Les services communaux d'hygiène et de santé sont doublés, dans quatre des cinq villes, d'un service de prévention et de promotion de la santé. Quimper est la seule Ville-Santé bretonne qui ne possède pas ce type de service ; la Ville a créé un poste de chargé de mission en santé publique, rattaché au centre communal d'action sociale. Le rattachement au CCAS est la suite logique de l'implantation de l'ASV, rattaché lors de sa création en 2006 à celui-ci. La continuité des actions en santé publique repose également sur la continuité de la

présence des personnes chargées de les mettre en place. Le départ du premier chargé de mission vers une autre ville a ralenti la mise en place d'une politique de santé locale.

Saint-Brieuc dispose d'un « pôle santé publique » dépendant du SCHS. Ce pôle est restreint en terme de personnel : une seule personne y travaille à temps complet. Le service a connu plusieurs chargé(e)s de mission en vingt ans, ainsi que plusieurs élu(e)s à la santé, aux délégations plus ou moins étendues. La chargée de mission actuelle est présente à Saint-Brieuc depuis 2007. Le périmètre de la délégation de l'élue à la santé est assez vaste et recouvre l'ensemble de l'action sociale, contrairement aux élu(e)s des autres villes, dont le mandat est limité à la santé. La transmission d'une culture de la santé, et plus spécifiquement, des principes des Villes-Santé, est plus difficile dans ces conditions.

La comparaison avec Lorient est de ce point de vue tout à fait intéressante. L'organisation des services est identique (un pôle santé publique inclus dans le SCHS, deux personnes en charge de la promotion de la santé). Lorient est également adhérente au réseau depuis 1990. Cependant, les deux personnes du service sont présentes depuis la création du service de santé publique (également en 1990, à l'origine de l'adhésion au réseau des Villes-Santé). Leur stabilité a permis de construire des partenariats solides avec les autres acteurs de la santé de Lorient. Le soutien des élus successifs à la santé, qui partagent une vision globale de la santé, est également déterminant pour les techniciennes, qui reconnaissent l'importance du soutien politique de l'élue dans leurs démarches.

Les deux autres Villes-Santé (Brest et Rennes) s'appuient sur des services de santé plus conséquents pour élaborer leur politique de santé. Le service de santé (« Direction Santé-Environnement ») de Brest est divisé, de façon identique à ceux de Lorient et Saint-Brieuc, en deux sous-services (SCHS et promotion de la santé), qui collaborent étroitement. La taille plus importante du service (vingt-six emplois) ainsi que de la ville permettent d'effectuer des actions plus diversifiées, moins dépendantes des programmes nationaux. Cependant, le service municipal de santé de Brest est géographiquement éloigné des autres services municipaux : le service de santé subit une sorte de mise à l'écart physique, qui a tendance à se traduire dans le fonctionnement des services municipaux. Les techniciens du service ont ainsi tendance à être « oubliés » par les techniciens des autres services municipaux.

Rennes est un cas à part dans la Région Bretagne. La ville, par l'intermédiaire de son maire de l'époque (Edmond Hervé, alors ministre de la santé) et de l'élue à la santé (présidente du centre collaborateur des Villes-Santé francophones jusqu'en 2011), a participé à la fondation du réseau national, au même titre que Nancy ou Montpellier, deux villes au passé important en matière de santé. Elle appartient également au réseau européen, directement géré par l'OMS. La présence à Rennes du centre collaborateur est déterminante : il impulse et surtout accompagne une dynamique qui ne s'est pas essoufflée en plus de vingt ans, malgré trois élus successifs à la santé. La présence de la première élue à la santé est déterminante, y compris à l'échelle régionale : elle a encouragé l'élue à la santé de Quimper à adhérer au réseau. La culture de la vision transversale a perduré jusqu'à aujourd'hui ; la seconde élue à la santé, entre 1995 et 2008, avait également une vision transversale de la santé, qui lui a parfois été reprochée par d'autres élus. Elle considérait que le périmètre de sa délégation à la santé ne se limitait pas aux problèmes sanitaires, mais que le bien-être des habitants devait être pris en compte dans toutes les délégations, correspondant ainsi à la définition holiste de la santé de l'OMS. Le troisième élu à la santé conserve cette vision globale de la santé.

Le Pôle de Santé publique-handicap de Rennes est le plus grand de Bretagne, et son organisation est sensiblement différente de celui des autres villes. Après le départ du médecin-directeur du SCHS, le service de santé a été réorganisé en 2009. Une direction « santé publique – handicap » a été constituée au sein de la direction « Solidarité – santé », dirigée par un fonctionnaire territorial. Cette direction, ainsi que la direction des finances, sont les seules directions qui n'ont pas été affectées par la mutualisation progressive des services municipaux et des services de la communauté d'agglomération : les autres directions partagent une partie, voire l'ensemble de leurs services (la communication, les ressources humaines et l'aménagement urbain sont dans ce dernier cas). Ainsi, la santé et l'action sociale restent exclusivement des compétences communales, alors que d'autres intercommunalités ont franchi le pas : c'est le cas de Chalon-sur-Saône (Ville-Santé), qui a attribué à l'intercommunalité ses compétences en santé.

La direction santé publique – handicap est composée de quatre services aux compétences bien délimitées. Le service santé-environnement succède à la branche « hygiène et environnement » du SCHS : il est dirigé par un ingénieur, présent à Rennes depuis l'adhésion de la ville au réseau des Villes-Santé. Il remplit les missions traditionnelles des

SCHS : lutte contre le logement insalubre (enjeu important dans le centre-ville historique de Rennes, marqué par plusieurs incendies), lutte contre les nuisibles (étourneaux, goélands, chiens dangereux,...). Le contrôle sanitaire des eaux de baignade (piscines, zone de baignade des étangs d'Apigné), des marchés, des cantines scolaires constituent une autre part des activités de ce service. Ces missions n'ont pas beaucoup évolué depuis la création du bureau d'hygiène en 1908, élargi en 1921 avec un service municipal de médecine et d'hygiène⁹⁵ (en charge des soins des personnels municipaux, des enfants, de l'hygiène alimentaire, de la salubrité et de l'hygiène publique). Des techniciens et agents de salubrité sont chargés de remplir ces missions.

La seconde branche de la direction santé publique-handicap est le service « Promotion santé territoires ». Si la présence d'un service de promotion de la santé n'est pas originale dans une Ville-Santé, ce n'est pas le cas de son organisation interne. Le service est composé de quatre chargées de mission en éducation et promotion de la santé. Chaque chargée de mission exerce dans plusieurs quartiers définis. De plus, chaque technicienne est chargée d'une ou de plusieurs thématiques de santé : santé mentale (la ville de Rennes a mis en place un conseil local en santé mentale), la prévention des risques d'addiction, l'accès aux droits des populations précaires, la nutrition,... Ces techniciennes s'intègrent dans plusieurs dispositifs : une chargée de mission fait partie du programme d'animation territoriale de santé initié par l'Etat, l'URCAM et la Région Bretagne en 2002, une autre anime un atelier santé ville dans un quartier relevant de la politique de la ville (deux techniciennes sont financées à partir des fonds de la politique de la ville). Cette organisation très intégrée de la promotion de la santé favorise les passerelles entre tous les programmes de santé existants, des programmes nationaux jusqu'aux initiatives locales. Par exemple, l'animatrice de l'atelier santé ville est en charge de la promotion de la nutrition et de l'activité physique auprès des personnes précaires, en lien avec le conseiller municipal chargé du sport et de la nutrition.

Le service Santé-enfance de la ville de Rennes est issu d'une histoire particulière : dès les années 1920, la ville dispose d'un service santé des crèches et des écoles maternelles. Dans ce contexte, la Conseil général d'Ille-et-Vilaine, en charge de la Protection maternelle et infantile, a laissé à la ville de Rennes cette compétence particulière par l'intermédiaire d'une convention. Ce service est essentiellement composé de médecins spécialisés dans la PMI. Ces

⁹⁵ « Le service communal hygiène et santé fête ses 100 ans », *Le Rennais*, n° 396, octobre 2008, pp. 38-39.

derniers effectuent chaque année plus de 1 400 consultations en crèche et les bilans de santé de plus de 2 000 enfants de quatre ans (bilan de santé obligatoire). Enfin, la mission handicap et citoyenneté est l'illustration de la volonté politique de la ville de Rennes d'améliorer l'intégration des personnes en situation de handicap. Un chargé de mission anime le comité consultatif « Accessibilité et personnes en situation de handicap ».

1.2. Une nécessaire coopération avec les acteurs locaux

De la même façon que le service de santé constitue une courroie de transmission entre le réseau des Villes-Santé et la municipalité, les services de santé s'appuient en grande partie sur leurs partenaires locaux afin d'atteindre les populations. En effet, les techniciens municipaux sont trop peu nombreux pour couvrir l'ensemble de la population et l'ensemble des enjeux de santé. Le réseau des Villes-Santé incite les municipalités à mettre en place des comités intersectoriels, c'est-à-dire des instances de concertation entre les acteurs locaux, afin d'échanger dans une démarche participative.

1.2.1. Les comités intersectoriels : creusets du partenariat

Rennes et Lorient sont les plus avancés dans ce domaine, avec des nuances entre les deux villes. Le service prévention et promotion de la santé de la ville de Lorient, constitué de trois personnes, a créé un réseau d'acteurs de la santé (nommé « la santé dans la ville ») qui est un espace de concertation et de réflexion fondamental. Il constitue la clé de voûte de la politique locale de santé lorientaise, le service municipal de santé, selon les propos des responsables du service, ayant une fonction d'accompagnement et pas forcément d'impulsion : les enjeux de santé publique ne sont pas forcément décidés par le politique sous certains aspects, mais remontent des diagnostics plus ou moins formels des acteurs de terrain. L'élus à la santé de Lorient a également mis à l'agenda plusieurs priorités, comme l'approvisionnement des cantines municipales en fruits et légumes issus de l'agriculture biologique. La ville de Rennes a quant à elle une culture importante de démocratie participative, à travers plusieurs comités consultatifs : santé et environnement dans la ville, accessibilité des personnes en situation de handicap, déplacements urbains, identité bretonne, commission consultative des services publics locaux, droits des femmes, conseil rennais de la

diversité et de l'égalité des droits. Ces comités comptent entre 30 et 200 membres. Le comité santé et environnement dans la ville, créé au début des années 1990, compte 56 membres en 2010. Il évoque des thèmes variés en s'appuyant sur des groupes de travail, qui correspondent aux priorités locales (cf. infra) : animal dans la ville (dans le cadre de ses obligations réglementaires sur l'hygiène), lutte contre les conduites addictives, nutrition santé et activités physiques, santé enfance, santé, habitat et environnement, santé mentale.

Les trois autres Villes-Santé bretonnes n'ont quant à elles pas de dispositif intersectoriel permanent, bien que les rencontres entre les acteurs de la santé et les autres services municipaux existent. Le service de santé de Brest a par exemple effectué une étude d'impact de l'activité portuaire sur la santé des habitants (EIS). L'enjeu sanitaire a été soulevé par les riverains, qui se plaignaient des nuisances en provenance du port, où sont représentées la plupart des activités : pêche, plaisance, tourisme, commerces, industries (notamment agro-alimentaires),... L'origine des nuisances n'était pas précise et l'ensemble des activités du port ont été analysées. La municipalité s'est emparée de ce problème sanitaire et a réuni l'ensemble des acteurs concernés : riverains, industriels, professionnels de la santé. L'EIS n'a pas établi d'impact sanitaire de l'activité portuaire, les médecins n'ayant pas remarqué de recrudescence de problèmes médicaux spécifiquement liés à l'activité portuaire (allergies, asthme,...). De même, les habitats du quartier concerné (Saint-Marc), sont les plus petits consommateurs de médicaments de la ville.

1.2.2. Les associations : les partenaires privilégiés des services municipaux de santé

Les associations sont les partenaires privilégiés des services municipaux de santé. Elles constituent un relais efficace auprès des populations. La direction de la santé publique de Rennes s'appuie sur un tissu important d'associations de promotion de la santé. Dès 1986, à une époque où la promotion de la santé était encore confidentielle (Rennes a intégré le réseau européen des Villes-Santé en 1987 lors de la création de celui-ci), la ville de Rennes a mis en place une maison associative de la santé, désormais soutenue par d'autres partenaires : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Région Bretagne, ARS, CHU de Rennes. Cette maison est une structure qui regroupe soixante-sept associations⁹⁶ : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), SOS Amitié, France acouphènes, AIDES,... Ces

⁹⁶ Liste complète des associations disponible à l'adresse : <http://www.maisondelasante.com/documents/listeoctobre2011.pdf>

associations s'intéressent à des enjeux de santé variés : aide aux victimes, alcool, déficiences visuelles ou auditives, cancer, maladies génétiques,... Quatre salariées (une coordinatrice, une chargée de projets, un agent de santé publique et une secrétaire) soutiennent les associations en les aidant à constituer des projets et à promouvoir leurs actions auprès des habitants. Cette structure a également un rôle d'accueil du public. Il ne s'agit donc pas seulement de bureaux pour les permanences des associations : les salariées contribuent à dynamiser les actions des associations, qui peuvent être incitées à élaborer des projets inter-associatifs. Ce type de structure s'est développé ultérieurement dans d'autres collectivités territoriales : Dunkerque (maison de la promotion de la santé), Saint-Quentin-en-Yvelines (Institut de promotion de la santé), Montpellier (maison de la prévention santé),...

En parallèle de ce soutien aux associations, la ville de Rennes subventionne les associations de promotion de la santé à hauteur de 200 000 Euros par an. Les subventions sont attribuées en fonction d'appels à projets : cette procédure permet d'orienter les actions des associations vers les axes prioritaires de la politique locale de santé publique. Ainsi, plusieurs thématiques sont définies par la Ville (voir encadré 11). Les priorités de financement sont le résultat d'influences variées, mélange de priorités locales et de programmes nationaux. Les environnements favorables à la santé sont l'expression de l'adhésion de la ville de Rennes aux réseaux français et européen des Villes-Santé. La mise en place d'un conseil local en santé mentale en 2010 se traduit par le souhait de soutenir des actions de promotion de santé mentale. De même, le « bien manger et bien bouger » correspond à l'intégration du PNNS dans la politique locale de santé, la prévention des conduites à risque faisant référence à la consommation excessive d'alcool par les jeunes dans le centre-ville. Les thématiques entrant dans l'appel à projets de la ville de Rennes s'inscrivent toutes dans le programme local de santé publique et sont en partie le reflet de la complexité de la territorialisation des politiques publiques. Cette orientation des appels à projets pose la question de la participation de la population : les subventions conditionnent les contenus des projets et laissent moins d'espace pour des initiatives spontanées.

Encadré 11 : Thématiques entrant dans l'appel à projets de la ville de Rennes

- Promouvoir des environnements favorables à la santé
- Lutter contre les inégalités territoriales et sociales de santé
- Agir dès le plus jeune âge
- Prévenir les conduites à risque
- Organiser la prise en compte des souffrances psychosociales et développer des actions de promotion de la santé mentale
- Inciter la population rennaise au « bien manger et bien bouger »
- Développer l'information et la sensibilisation du public rennais en matière de santé
- Accès aux droits fondamentaux et non discriminatoires pour les personnes en situation de handicap

Source : appel à projets de la ville de Rennes destiné aux associations

Les services de santé publique de Brest et de Lorient sont moins directifs vis-à-vis de leurs partenaires associatifs, et n'imposent pas de thématique de santé en particulier. Les deux chargées de mission du service de promotion de la santé de la ville de Lorient estiment qu'elles n'ont pas à imposer de thématiques à leurs partenaires, qu'elles rencontrent dans le comité d'acteurs « la santé dans la ville ». Les actions menées sont celles qui sont déterminées par les besoins constatés par les acteurs locaux de la santé (médecins, associations...). Le fonctionnement est davantage fondé sur la cogestion entre tous les acteurs, contrairement aux élus et aux techniciens de la ville de Rennes, davantage volontaristes. La différence de moyens financiers et humains entre Rennes et les autres Villes-Santé bretonnes explique ces relations différentes entre les acteurs.

1.2.3. L'expertise externe : à la recherche d'outils performants

Certains services municipaux de santé recherchent d'une expertise et d'outils performants en dehors du réseau des Villes-Santé. Les techniciens se tournent vers les ressources locales disponibles. Le service municipal de santé de la ville de Brest a souhaité effectuer un diagnostic territorial de la santé des Brestois, afin de concentrer les moyens et les actions sur des quartiers de la ville qui en auraient davantage besoin. Ce diagnostic, effectué à l'échelle de la commune est issu de l'atelier santé ville (qui est pourtant une politique territoriale), et a été élaboré avec la participation de la CPAM et de l'Association pour le

dépistage des cancers. La charge du rassemblement des données et de leur analyse a été confiée à l'Agence d'urbanisme du Pays de Brest (ADEUPa). La mise en place de l'observatoire local de la santé a été difficile, notamment en raison de la difficulté d'obtenir des données sur la santé des habitants à une échelle assez fine. Le premier numéro de l'observatoire⁹⁷, paru en mars 2009, dresse le bilan de l'offre de soins et de l'état de santé des habitants de la commune de Brest, et des personnes les plus précaires en particulier. Le second numéro, paru en mars 2012, n'est pas seulement une mise à jour du précédent dossier : il a été élargi à l'échelle de l'agglomération et comporte une dimension plus environnementale (données sur la qualité de l'air, sur les accidents de la route).

Les techniciens de la ville de Rennes travaillent également avec des experts afin d'effectuer certaines actions, en particulier pour les évaluations d'impact sur la santé. On peut constater un glissement progressif de la collaboration historique avec le centre collaborateur des Villes-Santé (dont le siège est à Rennes) : son ancienne présidente, et ancienne élue à la santé, est régulièrement invitée aux réunions de travail. Elle s'est cependant retirée de la présidence du centre collaborateur, remplacée par un chercheur en santé environnementale de l'Université de Genève. La présence du centre collaborateur a été déterminante pour l'orientation de la politique de santé menée à Rennes, mais a tendance à s'effriter. Les techniciens s'appuient désormais sur un nouvel acteur, de dimension nationale : l'Ecole des hautes études en santé publique. L'Ecole nationale de santé publique, a évolué en Ecole des hautes études en santé publique le 1^{er} janvier 2008. Ses missions originelles (formation des cadres en santé publique : directeurs d'hôpitaux,...) ont été conservées, et des formations plus généralistes en santé publique s'y ajoutent. L'orientation administrative de l'Ecole a ainsi été modifiée vers une dimension plus généraliste de la santé. En conséquence, la recherche est peu à peu développée, de nouvelles formations sont ouvertes. L'impact de cette transformation est concret pour le service santé de Rennes. Les nouvelles formations permettent de fournir des stagiaires à la Ville, permettant de créer ou de renforcer les liens entre les chercheurs et les techniciens municipaux. Une étudiante de l'EHESP a ainsi réalisé une évaluation de l'impact sur la santé d'un aménagement urbain, en collaboration avec le service santé de la Ville et le service urbanisme de l'agglomération. Bien que l'EHESP ait une dimension nationale et accueille dans ses locaux la chargée de mission du réseau des Villes-Santé, ses collaborations avec les Villes-Santé se limitent pour l'instant au périmètre rennais.

⁹⁷ http://www.adeupa-brest.fr/system/files/publications/obs_santen1_web_protege.pdf

La communauté d'agglomération de Saint-Quentin en Yvelines, qui a également réalisé une évaluation d'impact sur la santé d'un aménagement urbain, s'est tournée vers S2D et l'université de Versailles-Saint-Quentin. Ainsi, les ressources locales en matière d'expertise sont importantes dans la constitution et la poursuite d'une dynamique.

1.3. A l'échelle régionale : cloisonnement ou émergence d'une coopération entre les villes ?

L'organisation en mai 2011 des premières journées régionales sur l'urbanisme, la santé et l'environnement soulève la question d'une éventuelle coopération des villes à l'échelle régionale dans le domaine de la santé, voire du rôle des villes dans la politique régionale. De plus, les cinq Villes-Santé bretonnes ne sont pas les seules collectivités territoriales qui mettent en œuvre une politique locale de santé. L'appartenance au réseau des Villes-Santé, et surtout le poids politique de ces villes, peuvent influencer la politique régionale de santé.

1.3.1. La promotion de la santé à l'échelle régionale : un paysage hétérogène

Les pratiques des villes bretonnes s'inspirent des expériences des autres Villes-Santé de la Région. L' élu à la santé de Lorient s'est ainsi inspiré des pratiques menées à Rennes contre l'alcoolisation des jeunes en soirée, en mettant en place une « politique publique de la nuit » (cf. encadré supra). Selon les techniciennes du service de promotion de la santé de Lorient, la proximité avec Brest les encourage à contacter de façon préférentielle leurs collègues brestois plutôt que d'autres villes. L'ancienneté de la présence des techniciens dans chaque service municipal (plus de vingt ans à Rennes et Lorient, environ quinze ans à Brest) a permis de construire des relations durables entre les techniciens. Le départ de la responsable du service de promotion de la santé de Brest pour Nantes en 2011 va peut-être renforcer les relations de la mission de santé publique de Nantes avec les villes de Rennes et de Lorient. La coopération entre les villes bretonnes autour de problématiques de santé ne dépasse pas le stade de la collaboration ponctuelle entre techniciens. Les relations entre les collectivités sont opérées dans la conférence régionale pour la solidarité et l'autonomie (CRSA) de l'ARS, donc dans un cadre réglementé par l'Etat. La faiblesse de la coopération entre les villes bretonnes

autour des questions de santé explique le développement parallèle et cloisonné d'initiatives de santé dans d'autres villes, qui n'appartiennent pas forcément au réseau des Villes-Santé.

Deux villes bretonnes qui ne sont pas des Villes-Santé ont à leur disposition un SCHS : Vannes et Saint-Malo. Ces deux services sont considérés dans l'organigramme comme des services techniques, au même titre que l'entretien des voiries. Ces deux services sont ainsi strictement limités aux compétences réglementaires des municipalités : hygiène et salubrité publiques. La ville de Vannes dispose d'un ASV depuis 2002. Il est le premier ASV élaboré en Bretagne, dans le cadre d'un contrat de ville. Il est cependant déconnecté du SCHS de la ville, bien qu'il soit financé en partie par la municipalité (l'Etat, l'Assurance maladie et la Mutualité française sont les autres financeurs du Relais prévention santé, cette dernière finançant le poste de coordinatrice de l'ASV). La ville de Vannes n'est pas le principal financeur (11 400 Euros en 2006, pour un budget total de 93 700 Euros, alors que la DRASS et le CUCS le financent à hauteur de 49 000 Euros et de 22 300 Euros⁹⁸). Malgré une implantation locale, l'ASV vannetais n'est donc pas intégré dans la politique de la municipalité. On peut cependant noter un infléchissement à la fin de l'année 2011 : la ville de Vannes adhère en décembre 2011 au réseau « Elus, santé publique et territoires », indice d'une préoccupation municipale croissante pour la santé.

En 2003, la ville de Vitré a accueilli le programme EPODE (Ensemble prévenons l'obésité des enfants) en tant que ville pilote, avec neuf autres villes. Ce programme de santé publique présent dans environ 250 villes, a désormais changé de dénomination (Vivons en forme). Issu d'une initiative privée, il s'est d'abord concentré sur les écoles avant de se tourner vers les municipalités, permettant ainsi de légitimer l'action à l'échelle locale (Bergeron, 2011). Les services de la ville de Vitré se sont ensuite associés au PNNS, du fait de l'expérience déjà menée dans le cadre d'EPODE. Au cours d'entretiens menés avec des techniciens de Villes-Santé, certains d'entre eux ont évoqué ce programme en indiquant qu'ils n'avaient pas souhaité s'y investir du fait de l'origine privée de l'initiative. Il n'existe pas de relations entre les Villes-Santé et les villes de Vannes, Vitré ou Saint-Malo : la différence d'appartenance politique des maires des Villes-Santé (socialistes) et des trois autres villes (marquées par la droite centriste) explique en partie cette absence de relations.

⁹⁸ Bilan de l'ASV de Vannes, 2006, disponible à l'adresse : http://www.resovilles.com/media/BoiteaOutils/bilan_asv2006_vannes.pdf

Enfin, l'échelon du Pays, dont l'avenir est en suspens dans le contexte d'une réforme territoriale future, constitue également le cadre d'actions de promotion de la santé. L'ancien Groupement régional de santé publique a décidé, à partir de 2002, de territorialiser la politique régionale de santé à l'échelle des Pays. Les animateurs territoriaux de santé, financées par l'Etat, l'URCAM et la Région sont présents dans huit Pays et une ville (Rennes): Vitré, Trégor-Goëlo, Centre-Ouest Bretagne, Redon, Guingamp, Ploërmel, Saint-Malo, Auray. Les animateurs territoriaux ont trois fonctions⁹⁹ : mettre en place des actions de promotion de la santé à l'échelle de leur territoire, en relation avec les priorités régionales, mettre en réseau les acteurs de la promotion de la santé et communiquer sur les actions. Ces actions sont renforcées dans le cadre de contrats locaux de santé, signés entre l'ARS et les Pays de Vitré (2011) et du Centre-Ouest Bretagne (2012).

1.3.2. Des villes forces de proposition à l'échelle régionale ?

Le réseau des Villes-Santé permet à leurs membres d'anticiper certaines problématiques, qui sont alors diffusées auprès de leurs partenaires. Les techniciennes du service de promotion de la santé de Lorient estiment que la Ville a souvent eu de l'avance sur le plan national par rapport à certaines problématiques. Dès le début des années 1990 (1993-1994), le service de santé de Lorient avait développé des actions de prévention du SIDA. A la même période, les services de l'Etat (DDASS) commençaient à s'emparer de la question, mais ne disposaient d'aucune expertise. Afin de mettre en place le dispositif à l'échelle départementale, la DDASS s'est appuyée sur le réseau local d'acteurs. De même, l' élu à la santé entre 2001 et 2003 s'est particulièrement investi dans la question de la nutrition alors que cette question était encore émergente (le premier PNNS a été mis en place en 2001 : les collectivités territoriales y sont absentes, le réseau des villes actives du PNNS n'ayant été mis en place qu'en 2008).

Les Villes-Santé peuvent également influencer la politique régionale de santé. Le douzième objectif du Plan régional de santé-environnement (2011-2015)¹⁰⁰ a directement été inspiré par les municipalités et par le centre collaborateur des Villes-Santé : « Reconnaître

⁹⁹ Cahier des charges de l'Animation territoriale de santé disponible à l'adresse : www.centre-ouest-bretagne.org/content/download/8356/90964/file/Cahier%20des%20charges%20R%C3%A9gional%20ATS.pdf

¹⁰⁰ http://ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Communication_Presse/DP_PRSE_Bretagne.pdf

l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants de la santé ». Le centre collaborateur des Villes-Santé a ainsi pu mettre en place en 2011 un séminaire régional sur les liens entre l'urbanisme, la santé et l'environnement. Un projet du service santé-environnement de la Ville de Rennes a été accepté dans le cadre de l'appel à projets du PRSE en 2012 : « Expérimentation et promotion des évaluations d'impact sur la santé ». Les deux premières évaluations d'impact sur la santé effectuées par la Ville de Rennes ne disposaient pas de subventions nationales : la première, expérimentale, a été possible grâce à un programme spécifique de l'OMS (programme PAVEL). La seconde EIS a été effectuée par une ingénieure stagiaire de l'EHESP, en convention avec la ville de Rennes et Rennes métropole. La troisième EIS pourra être réalisée dans un cadre plus classique, soutenue par les services de l'État. Les autres Villes-Santé auront cependant plus de difficultés à candidater à cet appel à projets au titre du douzième objectif du PRSE. Les villes de Quimper et de Saint-Brieuc mènent des politiques de santé moins tournées vers la santé-environnement : leurs partenaires relèvent principalement du champ médico-social. Le cloisonnement entre les services d'urbanisme et les services de santé de Lorient et de Brest est encore important, bien que certaines « failles » soient récemment apparues. La directrice du service de promotion de la santé de Brest avait été invitée à une réunion du comité de pilotage pour la construction d'un nouveau quartier ; cette invitation n'a jamais été renouvelée. De même, le SCHS de Lorient a pour la première fois été invité à donner son avis (parmi d'autres services) sur le projet d'aménagement du parc du centre-ville.

2. Les projets mis en œuvre : résultat de l'appartenance au réseau des Villes-Santé ?

La diversité des moyens mis au service d'une politique locale de santé conduit les municipalités à élaborer des projets plus ou moins ambitieux. Les équipes municipales (élus et techniciens) ont tendance à jongler entre des injonctions qui parviennent de l'échelon national décliné à l'échelle régionale, mais aussi de leurs volontés politiques, tout en s'inscrivant dans les principes des Villes-Santé. Si les élus et les techniciens des services de santé ont intégré la culture des Villes-Santé (transversalité, participation de la population,...), l'intégration dans le projet municipal peut poser des difficultés, étant donné que cette culture n'a pas encore tout

à fait franchi les murs des services de santé. Comment les Villes-Santé bretonnes utilisent-elles le réseau des Villes-Santé, et dans quelle mesure la santé fait-elle partie du projet global de la municipalité ?

2.1. La relation au réseau des Villes-Santé

La qualité de la relation au réseau fournit des indications sur l'importance de l'échange d'informations entre les villes, et s'explique par des cultures locales différentes. Alors que certaines villes inculquent la culture de l'échange, à la fois dans un objectif de progression des politiques mises en œuvre mais aussi de marketing (l'appartenance à des réseaux permet de donner à voir les actions menées), d'autres municipalités sont relativement isolées.

2.1.1. La culture des réseaux : facteur de participation des acteurs municipaux au réseau ?

Depuis les années 1980, les réseaux de villes internationaux ou nationaux se sont beaucoup développés. Le réseau des Villes-Santé s'inscrit dans le même esprit de coopération et d'échanges entre municipalités que d'autres réseaux ou « clubs » (club des villes cyclables par exemple). Le cumul de labels est un signal politique important ; la participation plus concrète dans ces réseaux, par exemple l'accession à la présidence de tels réseaux, ou à une autre responsabilité (vice-présidence,...) est un engagement plus lourd que la simple adhésion, étant donné qu'elle suppose des rencontres régulières avec les autres responsables du réseau, facteur d'acculturation. La ville de Rennes possède une culture de réseaux relativement ancienne, plus forte que dans les autres villes bretonnes, en particulier du fait de la construction d'une culture politique locale, permise par la continuité de l'équipe municipale sous la houlette d'Edmond Hervé. La ville de Rennes s'inscrit dans huit réseaux internationaux : Cités unies France, Association française du conseil des communes et des régions d'Europe, conférence des villes de l'Arc atlantique, conférence des régions périphériques et maritimes (dont le siège est situé à Rennes), réseau de coopération décentralisée pour la Palestine, Eurocities, Réseau européen des Villes-Santé, le Fonds pour la promotion des Etudes préalables, des Etudes transversales et des Evaluations. Elle est

également adhérente de réseaux nationaux : villes amies des aînés, villes éducatrices (une élue de Rennes est vice-présidente du réseau), villes amies des enfants, ville active du PNNS.

Les alternances politiques à Quimper n'ont pas permis le développement d'une culture de l'échange avec d'autres villes dans le temps long (soit une durée plus longue qu'un mandat municipal). Les villes de Saint-Brieuc et de Lorient n'ont pas de culture transversale de ce type mais interviennent ponctuellement dans certains réseaux. Outre le réseau des Villes-Santé, la ville de Lorient est présente dans le réseau des villes amies des enfants de l'UNICEF (depuis 2003) et dans les villes d'art et d'histoire depuis 2006. Les labels tels que les villes fleuries ou les villes Internet ne constituent pas des réseaux de villes à proprement parler, et relèvent davantage du marketing territorial que d'une démarche plus politique. Toutes les Villes-Santé de la Région, ainsi que dix-sept autres communes sont membres du réseau des villes actives du PNNS (créé en 2008), qui compte près de 300 membres, dont 287 communes.

2.1.2. Quelle participation au réseau des Villes-Santé ?

Les liens entre les Villes-Santé de la Région expliquent en grande partie pourquoi les villes ont rejoint le réseau. Les villes de Lorient et de Saint-Brieuc sont des Villes-Santé dès la création du réseau en 1990. L'adjointe à la santé de Rennes avait alors fortement incité les municipalités de Lorient et de Saint-Brieuc, dont les maires étaient également membres du Parti Socialiste (Jean-Yves Le Drian à Lorient et Claude Saunier à Saint-Brieuc). La ville de Quimper, a rejoint le réseau des Villes-Santé en 2009, sous l'impulsion de la présidente du centre collaborateur des Villes-Santé, qui est aussi l'ancienne adjointe à la santé de Rennes.

La participation au réseau des Villes-Santé est très variable d'une ville bretonne à l'autre. Un des indicateurs de la présence effective dans le réseau est l'investissement dans l'animation du réseau, en particulier dans le conseil d'administration et le bureau. Les membres de ces deux instances sont régulièrement renouvelés et sont choisis par l'ensemble des membres du réseau, chaque ville étant représentée par l'élue en charge du projet Ville-Santé. La ville de Rennes est présente, par l'intermédiaire de l'adjoint à la santé, au conseil d'administration depuis sa création en 1990, après avoir présidé le réseau jusqu'en 1995. Le SCHS de la ville de Rennes assurait d'ailleurs jusqu'en 1995 le secrétariat du réseau en même temps que la présidence, avant que le secrétariat ne soit transféré à l'association S2D

(présidée par l'ancienne élue à la santé de Rennes). L'adjoint actuel à la santé de la ville de Lorient a également été présent au CA du réseau mais s'est retiré du conseil d'administration pour plusieurs raisons : il souhaitait que cette charge n'incombe pas toujours aux mêmes élus et il manquait de disponibilité pour les réunions afférentes à ce statut (les réunions du CA ont lieu dans les locaux de l'INPES ou lors des colloques organisés par le réseau). L'adjointe à la santé de la ville de Brest a pris le relais de Lorient et est présente au bureau du réseau. Cet engagement plus fort de la part de la Ville de Brest a fait passer du statut d'utilisateur du réseau celui d'acteur. Les deux instances du réseau (CA et bureau) ont le même fonctionnement que toute association Loi 1901 : elles permettent avant tout aux élus de dynamiser le réseau, en développant des questions soulevées par plusieurs membres, aboutissant ainsi par exemple aux groupes de travail thématiques (cf. chapitre précédent). La présence d'élus dans ces deux instances donne un poids politique plus important au sein du réseau et donne plus de poids pour inciter le réseau à se lancer dans une thématique. Les élus de Saint-Brieuc et de Quimper n'ont quant à eux jamais participé aux instances du réseau.

Les entretiens menés avec les techniciens des services de santé et les élus des Villes-Santé bretonnes ont mis en évidence des usages très différents du réseau. L'élue de Quimper utilise le réseau avant tout comme un appui logistique, afin de mettre en place des actions en santé publique plus larges que l'ASV (mis en place en 2006 par la municipalité précédente), et en particulier un plan local de santé publique. Selon les techniciens des services de santé des villes de Brest et de Lorient, qui possèdent une expérience plus longue de santé publique locale (création des services municipaux de promotion de la santé respectivement en 1998 et 1990), le réseau est un outil permettant d'améliorer des actions existantes.

Le cas de la ville de Saint-Brieuc éclaire la situation des villes qui n'ont pas participé au réseau pendant plusieurs années. Un rapport du Comité économique et social de la ville de Saint-Brieuc rédigé en avril 2010¹⁰¹ a permis d'effectuer un audit de la politique de santé menée par la Ville de Saint-Brieuc. Plusieurs aspects ont été soulignés par le CES, en particulier en matière de partenariat : « Le CES propose, afin de renforcer l'efficacité et la pérennité des actions [de santé], de les structurer au travers de la mise en place d'un pôle de concertation pouvant comprendre des propositions centrés sur la Cité (intra-services) et des

¹⁰¹ Disponible à l'adresse : http://www.mairie-saint-brieuc.fr/uploads/media/RAPPORT_SANTE_2008_2009_05.pdf

propositions concertées au niveau du territoire (inter-partenaires) »¹⁰². Malgré une adhésion ancienne au réseau, l'intersectorialité et le partenariat sont beaucoup moins développés que dans les autres Villes-Santé de la Région. Le renouvellement des élus à la santé (majorité socialiste de 1983 à 2001, puis UDF et Modem) et des techniciens (il existe une seule chargée de mission en prévention de la santé) depuis 1990 a contribué à empêcher toute action au long cours, et à développer une culture locale en santé publique. Cependant, le CES ne propose pas d'augmenter les moyens de la ville en matière de santé : « le CES, tenant compte des moyens matériels et budgétaires à augmenter si l'on en juge des écarts entre Villes-Santé OMS mais restant limités cependant, peut résumer sa réflexion en trois mots : initier, fédérer, déléguer au moins en partie »¹⁰³. Contrairement à Lorient ou Rennes, il n'existe pas d'espace où les acteurs locaux de santé se coordonnent. Il n'existe pas non plus de programme local de santé, qui pourrait légitimer la politique locale de santé et orienter les autres politiques (Quimper et Rennes ont par exemple rédigé un tel document).

La communication de l'appartenance au réseau vis-à-vis du public ne constitue pas une priorité pour les cinq Villes-Santé bretonnes. L'analyse des bulletins d'informations municipaux montre que la référence à l'adhésion au réseau, et plus largement, la publicité autour de la politique locale de santé, est rare. Aucun des cinq magazines municipaux ne comporte de rubrique régulière dédiée à la santé. Le magazine *Le Rennais* a ainsi effectué la promotion des colloques des Villes-Santé au début des années 1990, puis une vingtaine d'années plus tard (2008) a servi de support de promotion au centième anniversaire du service communal d'hygiène et de santé. Dans l'intervalle, très peu de publications ont fait référence à l'action de la ville en matière de santé. De même, l'apposition du logo du réseau français a peu à peu disparu des différents affichages de la Ville de Rennes. De façon symbolique, le renouvellement des panneaux d'entrée de la ville, qui indiquaient jusqu'en 2010 l'appartenance de la ville au réseau des Villes-Santé, a fait disparaître ce signe d'appartenance.

Dans le cas de la ville de Rennes, la référence au réseau européen est aussi courante que l'appartenance au réseau national, bien que la ville de Rennes soit vice-présidente du réseau national : il s'agit d'apparaître comme une ville innovante à l'échelle internationale. Il est difficile de comparer avec les autres Villes-Santé françaises du réseau européen. La

¹⁰² Idem, p.8.

¹⁰³ Idem.

communauté urbaine de Nancy a adhéré au réseau européen sous l'influence de la présidente du réseau national, conseillère municipale de Nancy et conseillère communautaire. La communauté urbaine de Dunkerque est également membre du réseau européen, tout comme Nantes. La visibilité internationale est un élément important pour ces collectivités. Le choix pour deux des quatre villes d'intégrer l'intercommunalité et non la commune-centre dans le réseau européen s'explique selon deux facteurs : l'intérêt de l'intercommunalité pour la santé (maison de la promotion de la santé à Dunkerque, ASV à Nancy) et l'investissement d'élus locaux présents dans les deux entités (commune et EPCI). Rennes et Nantes sont dans un schéma plus classique, la politique locale de santé restant limitée à l'échelle de la commune, ainsi que l'absence des adjoints à la santé au conseil communautaire de la communauté d'agglomération (Rennes) ou urbaine (Nantes).

2.2. Les projets mis en œuvre : projet de service, projet de ville ?

La comparaison des contenus des politiques locales de santé des Villes-Santé bretonnes, mais aussi des autres municipalités qui mettent en œuvre une politique locale de santé, permet de mettre en évidence des points communs et des différences. L'appartenance au réseau des Villes-Santé ne conduit pas à une uniformisation des pratiques, mais peut toutefois, à la marge, influencer les orientations des politiques locales (soutien aux associations de promotion de la santé), voire de la politique régionale de santé (Plan régional de santé – environnement).

2.2.1. Les projets locaux de santé : points communs et différences

L'analyse des projets et des bilans des différents services municipaux en charge de la santé, des documents évoquant les actions des municipalités (presse,...) et les entretiens menés avec les responsables des services de santé mettent en évidence trois catégories d'actions de santé publique : la promotion de comportements favorables à la santé (promotion et éducation à la santé) constitue une grande part de l'activité des services. Certaines politiques de santé sont ciblées en direction de publics spécifiques, davantage concernés par des problèmes de santé.

Tableau 6 : Une comparaison des politiques locales de santé des Villes-Santé bretonnes

	Rennes	Brest	Lorient	Saint-Brieuc	Quimper
La promotion de comportements favorables à la santé					
Informar la population (conférences,...)	X	X	X	X	X
Favoriser une bonne nutrition	X	X	X	X	X
Favoriser l'activité physique	X	X	X		
Lutter contre les addictions (alcool, drogues)	X	X	X		X
Prévenir les maladies (SIDA, cancer,...)	X	X	X	X	
Des politiques ciblées					
Améliorer l'accès aux soins, lutter contre les inégalités	X	X			
Améliorer la santé des enfants	X	X		X	
Améliorer l'accessibilité des personnes handicapées	X	X			
Développer une politique de santé mentale	X	X		X	X
Santé et environnement					
Diminuer les nuisances (bruit, pollution,...)		X	X		
Installer des défibrillateurs (premiers secours)	X	X	X	X	
Créer des environnements favorables à la santé	X	X			

Sources : Programmes locaux de santé publique (Rennes, Lorient, Quimper), bilans et projets de services de santé (Brest, Saint-Brieuc)

La prévention et l'éducation à la santé sont les missions principales des services de promotion de la santé des cinq Villes-Santé bretonnes. L'éducation et l'information à la santé sont effectuées par les cinq villes. L'information n'est pas seulement distribuée sous la forme de conférences (par exemple, les « lundis de la santé », série de conférences sur la santé organisées par la Ville de Brest) : chaque action permet de fournir aux populations des informations afin de les inciter à adopter un comportement plus favorable à la santé. Pour cela (et pour la prévention des maladies : SIDA, cancer,...), les municipalités s'appuient beaucoup sur des manifestations nationales, qui offrent une visibilité plus importante et permettent de toucher un public large. La ville de Quimper a par exemple mis en place la manifestation

« Fraîch'Attitude » (promotion de la consommation de fruits et de légumes) sur la place principale de la ville (place Saint-Corentin), et non dans le quartier relevant de la politique de la ville, dont l'un des axes de l'ASV est également la nutrition. Cette dernière est partie intégrante des politiques locales des cinq Villes-Santé, avec son corollaire (promotion de l'activité physique). Le contexte du PNNS, dont les villes se sont progressivement emparées, est fondamental. Cette politique est d'autant plus facile à mettre en place que les municipalités sont en charge de la nutrition des enfants qui déjeunent dans les cantines scolaires. L' élu à la santé de la ville de Lorient a développé la consommation d'aliments issus de l'agriculture biologique dans les cantines scolaires lorientaises. La ville de Rennes a désigné un élu chargé du sport et de la nutrition-santé, à côté de l'adjoint à la santé et de l'adjointe déléguée à l'accessibilité et aux situations de handicap. Enfin, la lutte contre les addictions (alcool, drogue) est inscrite dans les priorités régionales de santé, étant donné que la plupart des grandes villes bretonnes (et étudiantes) doivent faire face à cette problématique.

Les politiques de santé de Villes-Santé bretonnes sont également élaborées pour des populations spécifiques. Les enfants sont la population-cible des politiques de santé. Ceci s'explique par les compétences que possèdent les villes en matière de petite enfance. Les actions en direction des enfants peuvent relever d'obligations réglementaires (délégation des compétences de PMI du Conseil général au service santé-enfance de la ville de Rennes) ou plus volontaristes. Par exemple, les techniciens des services de promotion de la santé de Brest et de Saint-Brieuc ont développé les petits déjeuners pédagogiques, qui promeuvent auprès des enfants une nutrition correcte. Les actions sont élaborées avec le service municipal en charge de la petite enfance, des professionnels de santé et de l'éducation (enseignants).

L'accent est également porté sur les populations les plus précaires, en particulier dans les deux plus grandes Villes-Santé bretonnes, qui ont inscrit cette dimension dans leur projet de service (Brest) et leur programme local de santé publique (Rennes). Cependant, cette dimension n'est pas absente dans les autres villes, dans la mesure où toutes les Villes-Santé disposent d'un ASV dans au moins un quartier relevant de la politique de la ville. Dans la mesure du possible, les actions mises en place dans un ASV ont vocation à être étendues à l'échelle de la commune : c'est le cas à Quimper, où la municipalité a intégré les trois axes de l'ASV (lutte contre les addictions, nutrition et santé mentale) dans son programme local de santé publique.

Les villes de Brest et de Rennes développent également des politiques en faveur des personnes en situation de handicap. La ville de Rennes a créé un comité consultatif consacré à l'accessibilité et aux personnes en situation de handicap. Ce dernier compte 48 membres et comprend deux groupes de travail : l'emploi des personnes handicapées (insertion des personnes handicapées dans le monde du travail) et l'accès à la culture et aux loisirs. Un travail sur l'accessibilité des établissements recevant du public et des espaces publics est envisagé à l'avenir, afin d'être en conformité avec les exigences de la loi sur le handicap de 2005.

Enfin, la plupart des Villes-Santé ont récemment développé des actions en faveur de la santé mentale, qui se traduisent par la mise en place de conseils locaux de santé mentale (qui est l'un des objectifs du maire de Rennes pour le mandat 2008-2014). La souffrance psychosociale est une préoccupation récente des municipalités, datant du plan Santé mentale (2005-2008), qui incitait à la mise en place des conseils locaux en santé mentale. Les conseils départementaux en santé mentale ont été supprimés en 2003, ce qui a également pu créer un besoin. Cependant, les municipalités n'ont pas d'obligations et leur démarche est avant tout volontariste, sans cadre national prédéfini. L'intégration de la santé mentale indique également que les problématiques de santé ne se limitent plus à la bonne santé physique du corps, mais également à la santé psychique et sociale.

Le troisième type d'actions est le plus spécifique et le plus original. La lutte contre les nuisances (bruit, pollution,...) relève en partie des compétences des SCHS, bien que les aspects sociaux des nuisances soient également traités (cf. encadré 12). Ces priorités dépendent du contexte local, et non d'injonctions nationales ou du réseau des Villes-Santé. La ville de Brest est par exemple exposée aux nuisances en provenance du port de commerce : les riverains du port se sont plaints du bruit et des odeurs émanant du port, et d'une usine en particulier (usine Cargill). Le service de santé de la Ville s'est emparé du problème et a mobilisé les acteurs, afin d'évaluer l'impact du fonctionnement de l'usine sur l'environnement et la santé des habitants. Cette évaluation d'impact sur la santé était la première effectuée en Bretagne, et a été réalisée sans méthode préalable, celle-ci étant construite au fur et à mesure de l'avancée du projet.

Encadré 12 : « Alter-noz » à Lorient : une politique transversale initiée par l'élue à la santé

L'action « Alter-Noz » a été mise en place depuis la fin de l'année 2011 par l'élue à la santé de la ville de Lorient, à partir d'une problématique particulière : la fête nocturne dans le centre-ville et ses conséquences (bruit, consommation d'alcool). Suite à un diagnostic de la situation, une charte de la vie nocturne a été signée par l'Etat, la Ville, l'Université, le CROUS, les taxis, la Compagnie des transports urbains. L'élue à la santé a été rejointe par d'autres adjoints de la ville : politique sociale, sécurité publique, culture, jeunesse. La concertation entre ces acteurs est doublée d'une médiation sur le terrain. Pour l'élue à la santé, *« Alter-Noz » est un dispositif qui se veut une contribution au renforcement des qualités de la ville, entre attractivité, économie et tranquillité, en un mot, une manière de faire ville, de penser et d'agir ensemble. Tous les acteurs, y compris les professionnels de la fête ont à y gagner »* (Ouest-France, 23 mars 2012). L'approche globale de la santé et du bien-être, portée par l'élue à la santé, permet ainsi de dépasser une approche strictement sécuritaire ou sanitaire. La philosophie des Villes-Santé (approche partenariale et intersectorielle) au-delà du cadre sanitaire et social, à laquelle l'élue adhérerait déjà avant sa délégation, a pu être mise en œuvre pour résoudre un problème local.

L'influence de l'appartenance au réseau des Villes-Santé apparaît dans un objectif particulier des politiques locales de santé : créer des environnements favorables à la santé. Cette approche est originale à l'échelle nationale et à l'échelle de la Bretagne, dans la mesure où la santé-environnement est encore émergente : l'environnement physique (naturel ou construit) est l'un des déterminants de santé les moins utilisés dans les politiques de santé, qui agissent principalement sur les comportements individuels, en tenant parfois compte des disparités sociales. Deux objectifs du programme de « santé urbaine » de la ville de Brest relèvent de cette dimension originale. Le premier objectif est de créer des parcours fléchés incitateurs, afin d'encourager la population à marcher. Cette démarche existe déjà dans plusieurs villes, à l'initiative de l'INPES : des panneaux de signalisation indiquent quelle durée de marche est nécessaire afin d'atteindre un lieu. L'appropriation des parcours santé, et l'amélioration des zones de marche afin qu'elles soient plus agréables figurent également parmi les objectifs du mandat de l'élue à la santé de la Ville de Brest.

La démarche des marches exploratoires, utilisée à Rennes, permet de créer un environnement plus favorable à la santé. Les marches exploratoires s'appuient sur une

démarche participative : les habitants, en particulier les personnes âgées, sont invitées à parcourir leur quartier avec des techniciens des services de la Ville pour signaler les lieux qui pourraient être modifiés afin d'en améliorer la sécurité ou l'accessibilité, la propreté. Les marches exploratoires, qui ont lieu dans chaque quartier, ont débuté en 2005 à Rennes et étaient consacrées aux problématiques de santé et de bien-être. A la suite du changement d' élu à la santé en 2008, l'esprit des marches exploratoires a évolué vers une participation plus large des habitants sur tous les sujets, y compris la question du stationnement de voitures-ventouses, des tags,... Ces marches sont devenues le support de participation des riverains, alors invités à donner leur avis sur l'aménagement et la vie de leur quartier, la dimension « santé » étant mise au second plan.

2.2.2. Etre une Ville-Santé : projet de service ou projet de ville ?

Selon les principes des Villes-Santé, la santé doit être « en haut de l'agenda » des politiques locales. Pourtant, la réalité est différente des principes. Les actions des Villes-Santé bretonnes que nous avons pu analyser relèvent avant tout du projet de service et non du projet urbain. La place des élus chargés de la santé révèle la place secondaire de la santé dans les politiques locales. Les délégations à la santé sont avant tout données à des nouveaux élus, qui n'ont pas beaucoup d'expérience politique (exceptée pour l'élue de Quimper, déjà conseillère municipale au cours du mandat précédent, dans l'opposition). L'adjointe à la santé de Brest regroupe plusieurs caractéristiques de la figure de l' élu à la santé publique (cf. chapitre précédent) : femme jeune (33 ans en 2012) sans expérience politique préalable (mais avec un passé de militante) et issue d'un autre parti que le parti majoritaire (Europe Ecologie-les Verts dans une municipalité à majorité socialiste). L' élu de Lorient correspond aux mêmes critères (il est issu du parti régionaliste Union démocratique bretonne). De même, l'adjoint de Rennes, socialiste, connaît sa première expérience politique depuis 2008. Seule l'élue de Quimper n'a pas le statut d'adjointe à la santé, mais celui de déléguée à la santé.

La santé n'est pas un enjeu politique majeur à l'échelle locale et n'est pas clivant d'un point de vue politique, d'autant plus que les moyens alloués aux services de santé ou aux associations sont relativement modestes si on les compare aux moyens consacrés aux transports en commun ou au logement. L'approbation de la déclaration de Zagreb des Villes-Santé (rédigée en 2008), qui renouvelle les principes des Villes-Santé, peut être l'occasion de remobiliser les élus autour de l'adhésion au réseau des Villes-Santé, voire de rappeler aux

élus que la ville adhère au réseau. Le conseil municipal de Brest l'a ainsi adoptée à l'unanimité en 2010 : les autres Villes-Santé bretonnes n'ont pas présenté ce texte auprès du conseil municipal, signe de la difficulté de porter la santé à un niveau politique et plus seulement technique. L'approbation de la déclaration de Zagreb a pu être l'objet de confrontations dans d'autres Villes-Santé, comme à Aix-les-Bains¹⁰⁴ ou à Grasse¹⁰⁵. L'opposition dénonce dans les deux villes l'accent mis sur la communication et le non-respect des principes des Villes-Santé : *« l'engagement que nous prenons aujourd'hui en approuvant la déclaration de Zagreb ne peut pas être une simple politique d'affichage et de communication. Il doit déboucher sur un programme, des moyens financiers, juridiques et des actions »*¹⁰⁶, selon Joëlle Faguer, conseillère municipale. La synthèse du questionnaire que nous avons effectué auprès des Villes-Santé a été utilisée lors du débat à Grasse afin de montrer que la ville pouvait développer davantage sa politique de santé, par exemple à travers un volet santé dans l'agenda 21.

Deux villes bretonnes ont une approche relativement transversale de la santé, bien que celle-ci ne constitue une politique majeure de la municipalité. Le projet de service du service de promotion de la santé de Brest comporte une partie sur la santé urbaine et la qualité de vie (urbanisme et santé, bien-être). Il a été proposé au conseil municipal à la fin de l'année 2010, afin de l'encourager à adopter une vision plus transversale de la santé. Rennes est la Ville-Santé qui a le plus intégré la santé dans son projet urbain. Les relations entre santé et urbanisme sont l'une des trois priorités du mandat 2008-2014 en termes de santé publique, et correspondent à l'un des objectifs fixés par le réseau européen des Villes-Santé. Bien que le poste d'adjoint à la santé ait été confié à une autre personne en 2008, les principes du réseau des Villes-Santé sont transmis d'un élu à l'autre au fil des élections municipales successives.

Les élections municipales de 2008 ont pu être l'occasion de faire émerger le thème de la santé dans certaines municipalités, devenues ensuite des Villes-Santé. L'adhésion au réseau des Villes-Santé peut être affichée comme un objectif du mandat, comme c'est le cas à Quimper. Le programme de la liste écologiste « Kemper, l'écologie à gauche » (le candidat à la tête de la liste est devenu adjoint l'urbanisme après les élections), indique qu'il souhaite

¹⁰⁴ <http://aix-hebdo.over-blog.com/article-ce-soir-au-conseil-municipal-d-aix-les-bains-un-zagreb-morceau-de-bravoure-49534385.html>

¹⁰⁵ <http://www.nicematin.com/article/grasse/declaration-de-zagreb-lopposition-dechaine.442662.html>

¹⁰⁶ www.ville-grasse.fr/filemanager/download/911/Compte_rendu_3fevrier_11.pdf

« faire de Quimper une Ville-Santé ». Il porte une vision large de la santé, identique aux principes des Villes-Santé (cf. encadré 13).

Encadré 13 : Extrait du programme de la liste « Kemper, l'écologie à gauche » pour les élections municipales de 2008 à Quimper¹⁰⁷

Faire de Quimper une ville santé

Pauvreté, manque de soutien social, conditions de travail, chômage, stress, qualité de l'environnement, accessibilité aux espaces verts, aux transports en commun sont des déterminants de la santé qui ont un réel impact.

C'est pourquoi nous souhaitons faire de la santé un thème important du mandat : nos principales mesures visent à réduire considérablement la plupart de ces facteurs et pour aller plus loin, nous mettrons en place un plan santé (adhésion au réseau ville santé de l'OMS^o. Un état des lieux permettra de disposer d'une « photographie » de la situation sanitaire. CE bilan mettre en évidence les problèmes existants, les solutions déjà apportées et favorisera la mise en place d'initiatives pertinentes en réponse aux difficultés constatées ? Nous développerons la mise en commun des savoirs faire et des compétences de tous les acteurs et en développerons un système de santé de proximité par la mise en place de maisons de santé. Nous souhaitons initier des actions de prévention pour tous les publics en particulier à destination des adolescents. Nous agissons fortement sur les comportements alimentaires : lutte contre la malbouffe, sport et pédibus.

Le programme du Parti socialiste¹⁰⁸ (liste de « Quimper, un nouveau souffle ») avait également inscrit la santé dans les priorités du mandat, bien que les objectifs soient différents des écologistes. Un des premiers objectifs rappelle l'initiative de la ville de Lorient lors des élections municipales de 1989 : « [...] A côté des missions traditionnelles d'un 'service communal d'hygiène et de santé' nous constituerons 'un pôle santé – environnement' qui se verra assigner de nouvelles missions de prévention, d'éducation à la santé à l'adresse de toute la population ». La création d'un nouveau service est fondamentale, dans la mesure où nous avons pu voir que le service de santé était le moteur de la dynamique locale. Cependant, quatre ans après les élections, le pôle santé-environnement n'est pas encore à l'ordre du jour.

¹⁰⁷ http://kemperlecologieagauche.net/projet/kemperlecologieagauche_fr.pdf

¹⁰⁸ <http://www.controle-citoyen.com/IMG/pdf/QUIMPER5.pdf>

Paradoxalement, le programme met en avant une « approche transversale des problématiques environnementales avec leur influence sur la santé et réciproquement (nutrition, bruit, pollutions,...) », mais le détail des actions programmées renvoie à des actions plus classiques de promotion de la santé : création d'une structure de santé qui regroupe professionnels et associations œuvrant dans le champ de la santé, développement des menus « bio » dans les cantines scolaires, prévention des conduites à risque, notamment auprès des adolescents. La comparaison entre les deux programmes (nous n'avons pas pu accéder au programme de la majorité sortante UMP) souligne les conceptions différentes de la santé en fonction des sensibilités politiques, l'approche globale étant plus prégnante dans le programme écologiste alors que le programme socialiste est davantage axé sur les individus.

La santé n'est pas en tête de l'agenda politique des Villes-Santé, malgré les discours théoriques sur les Villes-Santé. Concrètement, l'implication locale dans une politique de santé dépend avant tout du contexte local, l'adhésion au réseau des Villes-Santé n'étant que le « supplément d'âme », qui permet à la fois d'apporter une visibilité toute relative aux actions menées par la ville et d'échanger des informations entre techniciens. L'analyse de la place de la santé dans l'organisation générale de la ville traduit le fossé entre les discours (de l'OMS comme des élus) et les moyens utilisés pour mettre en œuvre ces discours. Les différences entre les Villes-Santé sont tout à fait importantes, et se traduisent par une faible place de la santé dans les projets urbains, malgré le volontarisme des élus et des techniciens.

La santé publique n'est pas le champ réservé des acteurs publics élus, ni même des acteurs publics (voir l'émergence programmes de santé publiques privés comme EPODE ou Fraîch'Attitude). Les municipalités ne peuvent pas résoudre les problèmes de santé seules, et s'appuient nécessairement sur des acteurs, tant pour leurs besoins d'expertise que pour relayer leurs actions auprès des populations. Les collaborations s'effectuent avec des acteurs d'échelles différentes : le centre collaborateur des Villes-Santé, qui coordonne les Villes-Santé de l'espace francophone, joue un rôle local et régional (organisation de journées de travail régionales) ; l'EHESP, école dont la portée est nationale et internationale, collabore surtout avec la ville de Rennes. Enfin, la ville de Rennes est régulièrement citée en exemple par les techniciens des autres Villes-Santé françaises.

L'élaboration d'une culture régionale de santé publique n'est pas encore à l'ordre du jour, malgré le renforcement de l'échelon régional comme échelon d'application des

politiques nationales de santé. Le poids des acteurs nationaux reste important, d'autant plus que les collectivités territoriales sont peu représentées dans les instances des ARS et qu'elles soutiennent des politiques de prévention et de promotion de la santé, et pèsent assez peu dans les décisions par rapport aux problématiques de soin et de l'offre médico-sociale. La culture d'une santé publique transversale s'opère avant tout par le bas (*bottom up*), tant à l'échelle de chaque ville qu'à l'échelle régionale, à travers le Plan régional de santé-environnement. Cela peut fragiliser les dynamiques, en cas de départ d'un technicien ou d'un élu : l'appartenance au réseau des Villes-Santé peut opérer la jonction en cas de rupture, comme à Saint-Brieuc, qui participe à nouveau aux travaux du réseau.

Partie 3. La santé : une dimension des aménagements urbains ?

Chapitre 7. La santé, un référentiel pour les aménagements urbains ?

L'histoire des villes et l'urbanisation progressive de la population soulignent les liens importants entre la santé et l'aménagement. Ce dernier repose sur des principes qui ont évolué au cours du temps : les penseurs de la ville à l'image de Haussmann, Le Corbusier, les grandes conceptions de la ville, dont la ville durable est l'expression la plus récente, ont contribué à façonner la ville jusqu'à aujourd'hui. L'émergence de nouvelles problématiques de santé, liées à l'évolution des modes de vie, questionne les projets urbains. En effet, si les liens entre la santé et l'urbanisme en tant qu'action délibérée sur le tissu urbain datent de la période hygiéniste, les projets urbains actuels, axés sur le développement durable depuis les années 1990, intègrent indirectement les enjeux de santé. Cependant, les approches environnementales mettent l'accent sur la protection du milieu plutôt que sur le bien-être des habitants.

Le réseau européen des Villes-Santé incite ses membres (dont Rennes fait partie depuis 1987) à élaborer des politiques urbaines et des environnements favorables à la santé : depuis 1998, l'urbanisme favorable à la santé est l'un des objectifs que les Villes-Santé doivent atteindre. A priori, la Ville de Rennes devrait donc être une ville plus innovante en matière d'urbanisme et de santé que d'autres villes n'ayant pas le label « Ville-Santé ». Dans quelle mesure le projet urbain de la Ville de Rennes intègre-t-il alors la santé et le bien-être des habitants ? La dimension « santé » des aménagements urbains est-elle imposée par les documents prescriptifs et prospectifs comme le projet urbain ou est-elle progressivement intégrée par touches successives, par l'intermédiaire d'aménagements ponctuels ? Ces questions s'inscrivent dans les questions de gouvernance, la santé pouvant être transversale (présente dans toutes les politiques sectorielles) ou considérée comme un domaine spécifique.

1. Des projets urbains tournés vers la santé ?

La construction des villes et la santé publique ont des liens historiques, qui ont pu être oubliés lors de certaines périodes de l'histoire. Des penseurs ont pu développer des cités utopiques, où les problèmes de santé seraient inexistants, à l'image de la ville « Hygeia », imaginée par un médecin anglais de la fin du XIX^{ème} siècle, Benjamin Richardson. Cependant, les enjeux d'hygiène ont progressivement laissé la place à de nouveaux enjeux de santé publique, en majorité dans les pays développés. Le développement de nouvelles pathologies en partie liées à l'environnement urbain (cancers, obésité, stress,...) a permis de réinterroger le rôle de l'aménagement urbain sur la santé et le bien-être des citoyens. Cependant, les enjeux sont hiérarchisés et la santé a tendance à passer au second plan des projets urbains, au profit d'un référentiel qui s'est largement répandu à l'échelle mondiale depuis le sommet de la Terre de 1992 : le développement durable.

1.1. Santé et urbanisme : des liens historiques...

L'importance de l'environnement, élargi dans ses dimensions naturelles et construites (le cadre de vie), est de plus en plus mise en évidence dans le monde scientifique (épidémiologie environnementale notamment), mais également par les acteurs institutionnels du réseau des Villes-Santé, qui prône la réalisation d'un environnement favorable à la santé. Des recherches récentes (Chaix, 2012 ; Corburn, 2011) ont souligné l'intérêt de « consolider le dialogue entre santé publique et aménagement urbain » (Chaix, 2011). Les liens entre l'aménagement urbain et la santé des citoyens sont anciens, et le mouvement actuel insiste sur ces liens qui ont progressivement disparu au cours du XX^{ème} siècle : alors que le mouvement hygiéniste était étroitement lié à la ville, et a façonné la ville, le report de la médecine sur le corps des individus a délaissé l'approche environnementale de la santé jusqu'aux années 1980.

Jusqu'au début du XX^{ème} siècle, l'hygiénisme et l'urbanisme sont très liés. L'hygiène, définie en 1829 comme « l'art de conserver la santé aux hommes réunis en société », s'applique particulièrement aux zones urbaines. L'espérance de vie entre la ville et la campagne a longtemps été en défaveur de l'espace urbain. Sabine Barles a ainsi pu relever

une différence de près de 50% du taux de mortalité entre les villes et les campagnes au début du XIX^{ème} siècle (36‰ pour les premières contre 23‰ pour les secondes (Barles, 1999)). Les épidémies sont encore courantes dans les villes au début du XIX^{ème} siècle : Paris connaît ainsi une épidémie de choléra en 1832. Cette épidémie a conduit à des modifications de l'espace urbain, ce dernier étant considéré comme un facteur de propagation des maladies. La résorption de l'habitat insalubre (cf. les travaux du baron Haussmann à Paris), l'éloignement progressif des sources d'insalubrité (cimetières, abattoirs) des populations ont pu améliorer l'hygiène générale des villes, et ainsi contribuer à un meilleur état de santé des populations urbaines. L'aération de la ville, directement issue des principes de la théorie des miasmes, a profondément transformé la ville au XIX^{ème}, par la destruction des fortifications, la plantation d'arbres (vus comme des purificateurs d'air).

La fin du XIX^{ème} siècle est marquée par le développement de la théorie microbienne, sous l'influence de Pasteur, conduisant à un renouvellement de l'approche hygiéniste de la ville, à trois échelles différentes (le logement, la rue et la ville), avec un impact important sur la santé des habitants. Une attention particulière est portée sur la qualité des logements et la résorption de l'insalubrité. Le développement des égouts, de l'adduction d'eau potable et de l'arrivée de gaz dans les logements améliore non seulement le confort des habitations mais également leur hygiène. La loi du 22 avril 1850 relative à l'assainissement des logements définit pour la première fois les caractéristiques d'un logement insalubre : « sont réputés insalubres les logements qui se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé de leurs habitants ». Les municipalités ont en charge la lutte contre les logements insalubres, en s'appuyant sur les bureaux municipaux d'hygiène (à partir de la loi de santé publique de 1902) puis des services communaux d'hygiène et de santé. Cette mission constitue encore à l'heure actuelle une part importante de l'activité de ces services. Dans les cas les plus extrêmes, certaines personnes affectées par le syndrome de Diogène peuvent ainsi entasser plusieurs tonnes de déchets dans leur appartement. Enfin, la diffusion plus récente du label « Haute qualité environnementale » constitue le prolongement actuel de l'augmentation de la qualité des logements, de la qualité de l'air intérieur (dégradée par les peintures, solvants,...), devenue un enjeu majeur de santé publique dans la mesure où la population passe en moyenne près de 80% de son temps à l'intérieur des bâtiments.

La réalisation de rues plus saines est le second acquis du XIX^{ème} siècle. La généralisation des trottoirs a permis de séparer les circulations des piétons de celles des

voitures et des fluides qui parcourent le sol (eaux pluviales, eaux usées). Le développement de la chaussée bombée, associée aux égouts en sous-sol, dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, a contribué à améliorer l'hygiène des rues, en limitant les contacts de ces eaux avec l'air et avec la population. Enfin, la délocalisation d'activités polluantes en périphérie des villes a été un facteur d'amélioration de la qualité de l'environnement et de la santé des citoyens. L'industrialisation de l'Est parisien, afin de mettre la ville de Paris à l'abri des fumées, illustre cette volonté d'assainir les villes et d'améliorer la santé des citoyens grâce à l'aménagement urbain. De même, l'évolution de la place des abattoirs dans la ville est le reflet de cette conception hygiéniste de la ville et de l'urbanisme. Les abattoirs privés sont interdits à Paris au début du XIX^{ème} siècle, dissociant ainsi les abattoirs des boucheries. Cinq abattoirs municipaux sont ainsi construits sous Napoléon, mais doivent être fermés dans les années 1860 car ils ont été rejoints par l'extension de Paris. Les abattoirs de la Villette, situés plus en périphérie, remplacèrent ces abattoirs, avant de fermer en 1973 pour des raisons économiques.

Au XX^{ème} siècle, le développement de la médecine et l'intérêt croissant pour les problématiques biomédicales, centrées sur le corps des individus et de moins en moins sur les causes environnementales des maladies, ont progressivement marginalisé les questions de santé publique : la santé et la maladie sont progressivement devenues une affaire individuelle, entre le médecin et son patient. Le développement de techniques médicales avancées (médicaments, instruments) ainsi que les avancées de la recherche médicale ont négligé l'aspect environnemental des maladies. L'émergence de nouvelles problématiques de santé, en particulier dans les pays développés (pollution atmosphérique, obésité, stress,...) a progressivement réintroduit les enjeux de santé dans les projets urbains, à travers l'impact de l'aménagement de la ville sur la santé.

1.2. ...renouvelés avec de nouvelles problématiques de santé

L'état de santé d'un individu ou d'un groupe d'individus dépend en partie de l'aménagement d'une ville, dans la mesure où certains déterminants de la santé sont façonnés par celui-ci. Les études épidémiologiques (Cervero et Kockelman, 1997) considèrent que quatre catégories de facteurs urbains ont une influence directe sur l'état de santé : la densité

de la ville, la mixité des fonctions, la morphologie urbaine, l'accès aux services et aux transports. La densité des villes est un facteur aggravant de l'état de santé des individus lorsque celle-ci est relativement faible. Cette conception est récente, en lien avec l'individualisation des questions de santé. La tradition hygiéniste associant quant à elle les problèmes de santé aux fortes densités et au surpeuplement des logements. La relation entre la faible densité des villes et l'état de santé dégradé des populations a été mis en avant par les chercheurs nord-américains : les études sur les environnements « obésogènes » ont montré une corrélation entre la prévalence de l'obésité et la densité du quartier de résidence (Ewing et al., 2003, Garden et al., 2008, Lake et al., 2006, Townshend et al., 2009). Paradoxalement, les habitants des espaces urbanisés les moins denses sont à la fois ceux qui effectuent le plus de distance pour accéder en voiture à leur travail ou aux services mais sont aussi les plus sédentaires : le temps d'activité physique est ainsi relativement réduit. Les études épidémiologiques nuancent leurs propos en rappelant que les habitants des espaces moins denses sont généralement les moins favorisés : les questions du coût, du budget-temps dans le ménage ne sont en général pas abordées dans ces études, alors qu'elles expliquent également la faiblesse de la pratique d'une activité physique. A l'inverse, les espaces les plus densément peuplés, qui fournissent un travail et des services à proximité du lieu de résidence, diminuent la dépendance à l'automobile et encouragent la marche à pied ou des mobilités plus actives (Forsyth et al., 2007).

La mixité des fonctions (habitat, emploi,...) constitue également un déterminant de la santé spécifique au milieu urbain. La proximité de services (commerces, administrations,...) diminue la distance à effectuer depuis son domicile et a tendance à décourager l'usage de l'automobile. Les impacts de la mixité des fonctions ont ainsi été démontrés par les épidémiologues (Papas et al., 2007; Feng et al., 2010; Rodriguez et al., 2006, Frank et al., 2006; Lathey et al., 2009; Aytur et al., 2007; Aytur et al., 2008; Pont et al., 2009). La proximité d'espaces verts favorise également l'activité physique et le bien-être mental (Nielsen et al., 2007). La dissémination des espaces verts dans l'ensemble de « l'espace urbain est plus favorable à la santé et au bien-être qu'une quantité moins importante d'espaces verts de plus grande superficie » (Maas et al., 2007, Maas et al., 2009). Les espaces verts sont notamment utilisés par les urbanistes pour mieux faire accepter la densité par les habitants. La densification peut également avoir des effets négatifs sur la santé : pollution, stress, qualité de vie et des paysages. Ainsi, la densification est un levier à relativiser en termes de santé publique et de bien-être des habitants.

La morphologie urbaine et les aménagements des rues rassemblent une troisième catégorie de déterminants urbains de la santé. Le tracé des rues et leurs connexions peuvent favoriser l'activité physique (Borst et al., 2008, Berrigan et al, 2010, Bentley et al., 2011). Des chercheurs (Freeman et al., 2012) ont pu démontrer que, dans les villes nord-américaines, les habitants d'un environnement favorable à la marche pratiquaient davantage la marche à pied que les autres habitants, la corrélation étant encore plus importante pour les personnes blanches non-hispaniques ainsi que dans les quartiers dont les habitants ont des revenus élevés. L'importance de l'organisation de l'espace urbain sur la santé ne doit pas être surdéterminée au détriment des inégalités sociales et des déterminants sociaux de la santé, qui s'inscrivent dans l'espace et expliquent davantage l'état de santé des individus.

La croissance importante des études épidémiologiques au cours des années 2000 sur les relations entre l'aménagement urbain et la santé des citoyens est encore rarement intégrée dans les politiques locales françaises, qui reposent sur deux conceptions de la santé qui peinent à se rejoindre alors qu'elles se complètent : une conception sociale de la santé, dont les politiques visent des publics plus vulnérables, et une conception environnementale de la santé, qui a tendance à écarter la population et se concentrer sur la qualité du milieu.

1.3. La santé dans les projets urbains : une approche traditionnelle

Le paradigme social de la santé trouve ses racines dans les politiques municipales d'après-guerre (création de centres de santé municipaux) et s'est poursuivi jusqu'aux ateliers santé ville des années 2000. Il se traduit dans les faits par trois directions particulières : les actions sont effectuées en collaboration avec les services plus sociaux, en direction de publics particuliers, voire de territoires particuliers

Bien que les principes des Villes-Santé incitent les municipalités à adopter une vision intégrée de la santé, cette dernière ne constitue pas un référentiel majeur des projets urbains et de l'aménagement de la ville. La santé est encore considérée dans une double approche, à la fois populationnelle et territoriale, les équipes municipales essayant d'établir un équilibre entre ces deux approches. Cette problématique ne se pose pas seulement aux acteurs de terrain, mais également aux chercheurs qui analysent les facteurs de l'état de santé d'un

individu ou d'une population. Le débat entre le poids de la composition physique et comportementale propre à chaque individu et du contexte dans lequel il vit se pose depuis plusieurs années.

1.3.1. Une approche populationnelle

L'approche traditionnelle des villes en matière de santé est avant tout de type populationnel. Les actions visant l'ensemble de la population d'une ville sont moins courantes que celles qui ciblent des publics particuliers. Nous allons prendre plusieurs exemples pour l'illustrer : les enfants et les jeunes et les personnes âgées.

Les enfants et les jeunes constituent des publics captifs des communes, étant donné que la petite enfance et l'éducation font partie de leurs compétences légales. Or la santé et le bien-être des enfants ne sont présents que de façon indirecte dans les orientations politiques de la ville de Rennes en matière de petite enfance¹⁰⁹. Une des premières actions de la Ville effectuées pour la santé des enfants a été de publier les menus des restaurants scolaires dans la presse quotidienne (Ouest-France) puis sur le site Internet de la Ville¹¹⁰. Cet affichage a pour but d'aider les parents à composer leur repas afin d'éviter les doublons et améliorer l'alimentation des enfants. La question de l'alimentation des enfants à l'école est également abordée par d'autres Villes-Santé, parfois en lien avec le territoire. Ainsi, la ville de Salon-de-Provence¹¹¹ a développé l'achat de fruits et de légumes en circuits courts pour la restauration collective. L'action regroupait trois objectifs : « participer activement à la dynamisation de l'économie locale, au maintien des terres agricoles du territoire et à la diminution des rejets polluants directement liés aux transports, proposer des services de fruits et légumes frais de saison, de grande qualité organoleptique, par le service de la restauration collective à tous ses convives (crèches, enfants, seniors), réduire le risque de surpoids chez les enfants »¹¹². L'éducation à la santé des enfants a pour objectif de sensibiliser indirectement les parents à une meilleure alimentation.

Par ailleurs, la conjonction de certains objectifs de la politique de petite enfance de la ville de Rennes (« accueillir les enfants en sécurité, dans un environnement favorable à leur

¹⁰⁹ <http://metropole.rennes.fr/politiques-publiques/culture-education-vie-sociale/la-petite-enfance/>

¹¹⁰ <http://metropole.rennes.fr/pratique/infos-demarches/education-enfance/restauration-scolaire-les-menus/>

¹¹¹ *Villes-Santé en action(s)*, réseau français des Villes-Santé, éd. De l'EHESP, 2010, p. 78

¹¹² Idem.

éveil et à leur épanouissement » et « inscrire le développement durable comme une priorité ») et le souhait d'expérimenter l'évaluation d'impact sur la santé (cf. chapitre 9) a conduit les services de la Ville à effectuer une EIS sur une nouvelle crèche, certifiée « haute qualité environnementale ». Plusieurs thématiques ont fait l'objet d'une évaluation de l'impact sur la santé : les transports, les économies d'énergie, la participation des parents et des personnels et l'utilisation des produits d'entretien, couches lavables,...). La nécessité de diminuer l'utilisation des produits d'entretien afin d'améliorer la qualité de l'air intérieur et l'aménagement d'un accès en vélo pour les parents ont été soulevés par l'EIS.

La Ville de Rennes a également développé, au cours du dernier mandat municipal (depuis 2008), une politique locale en faveur des personnes âgées, qui s'est traduite par l'adhésion de la ville réseau des villes amies des aînés de l'OMS en 2012 et par le label « Bien vieillir, vieillir ensemble » en 2010 de la part du Ministère de la Santé. Ce dernier label est issu du plan national « Bien vieillir », mis en place en 2007 et inspiré par le programme de l'OMS. Il repose sur des principes très proches de ceux des Villes-Santé. Les villes qui souhaitent obtenir le label doivent élaborer un plan d'action d'une durée de cinq ans. Ce plan inclut un diagnostic préalable et une évaluation des actions menées. La ville s'engage également à confier à un élu la responsabilité de cette politique. Le plan d'actions du label « Bien vieillir, vieillir ensemble » est transversal et doit impliquer l'ensemble des services municipaux. Ainsi, le service en charge de l'action sociale, mais également le service d'urbanisme, d'habitat ou de transports doivent être impliqués dans la démarche.

Les actions concrètes menées à Rennes relèvent de trois domaines particuliers. L'environnement physique favorable aux aînés est le premier domaine d'actions, que l'on peut d'ailleurs relier aux objectifs des Villes-Santé européennes. Les questions de mobilité et d'habitat des personnes âgées sont des questions abordées par ces politiques. La mise en place d'équipements et de services adaptés aux personnes âgées est le second type d'actions. Enfin, le développement du lien social afin de rompre l'isolement est la troisième catégorie d'actions. Ceci se traduit par la mise en place d'une résidence qui accueille des personnes âgées, mais également des logements sociaux, des logements en accession privée, à proximité d'une maison de quartier et d'une station de métro. Les liens sociaux sont également valorisés dans cette résidence intergénérationnelle, qui intègre les critères de « haute qualité de vieillissement ».

L'aménagement de la ville est également repensé en fonction des besoins et des capacités des personnes âgées. Le Plan local de l'habitat de Rennes Métropole encourage le développement de logements adaptés aux personnes âgées¹¹³. Le PLH est adapté en fonction d'un constat du vieillissement de la population : la population âgée est à la fois plus nombreuse et sera à l'avenir de plus en plus âgée, en particulier dans la périphérie rennaise. Le PLH fixe ainsi plusieurs objectifs : « développer une production neuve adaptée, favoriser l'amélioration de l'existant, participer aux réponses d'hébergement, permettre le maintien à domicile, intégrer la problématique des transports et prendre en compte les besoins fonciers en secteur de renouvellement urbain »¹¹⁴. En parallèle, Rennes Métropole, à la faveur d'une révision de son Plan local de l'habitat (PLH), va conditionner l'attribution de subventions au respect de critères "d'adaptation au vieillissement" dans les programmes de construction et de réhabilitation de logements sociaux : logements accessibles (ascenseurs,...) et conçus pour des personnes à mobilité réduite (sanitaires, salles de bains). Rennes cherche également à intégrer la dimension de mixité générationnelle dans chaque nouvelle opération d'urbanisme en Zone d'aménagement concerté (Zac), en prenant en compte les besoins et aspirations exprimés par les retraités et les personnes âgées. En complément, des politiques volontaristes de services accessibles sont menées : offre de commerces de proximité, lieux et tissu associatifs, services publics, aide à domicile, coordination sanitaire et médico-sociale, accueils temporaires pour offrir aux aidants des possibilités de répit. Les politiques générationnelles présentent cependant certaines limites : elles ciblent les personnes qui, par leur âge, sont en situation de dépendance ou sont susceptibles de l'être. Elles rassemblent systématiquement les enfants ou les jeunes avec les personnes âgées, alors qu'elles pourraient également rassembler les enfants et les adultes, ou les adultes et les personnes âgées.

1.3.2. Une approche territoriale qui vise les publics précaires

Les villes développent également une approche plus territoriale de la santé, sous la forme des ateliers santé ville, délimités à un ou plusieurs quartiers de la ville. Les politiques territorialisées à l'échelle d'un ou de plusieurs quartiers pose la question de la réduction des inégalités (Curtis, 2004) : les politiques de zone concernent les espaces où les personnes les plus défavorisées sont les plus concentrées, mais cela ne signifie pas qu'elles concerneront la

¹¹³http://metropole.rennes.fr/politiques-publiques/elus-institution-citoyennete/l-agenda-21/?no_cache=1&cid=2471&did=1450&sechash=3f87c846

¹¹⁴ *Idem*

plupart des personnes précaires. De plus, la concentration de moyens sur des lieux plutôt que sur des individus peut poser un problème aux élus, et en particulier aux élus à la santé : la prévention, l'éducation et la promotion de la santé devraient en priorité concerner l'ensemble des habitants de la ville. De plus, la pauvreté ou l'état de santé des habitants d'un quartier ne s'expliquent pas seulement par l'espace dans lequel ils vivent, bien que la qualité du quartier puisse être un facteur de ceux-ci. Les politiques de zonage agissent davantage sur les symptômes que sur les facteurs, qui dépassent largement le périmètre du quartier (Curtis, 2004). Il existe ainsi un tiraillement entre le souhait de mener une politique de santé pour tous à l'échelle de la commune et la possibilité offerte par les ASV de concentrer les moyens sur une partie de la population.

La mise en place des contrats locaux de santé, qui doivent à terme remplacer les ASV, pose la question de leur articulation avec les autres politiques locales : politique de la petite enfance, action sociale, handicap, vieillesse... Les premières villes qui ont signé un contrat local de santé ont réutilisé les objectifs des ASV présents sur leur territoire, conduisant ainsi à l'équivalent d'un atelier santé ville à l'échelle communale. L'échelle des contrats locaux de santé n'est cependant pas unique : les intercommunalités peuvent également signer un contrat local de santé avec l'ARS. De plus, le périmètre des actions possibles dans le cadre d'un contrat local de santé s'est élargi par rapport aux ateliers santé ville, centrés sur l'accès aux soins, la prévention et l'éducation à la santé. Les signatures des CLS sont trop récentes et ne permettent pas pour l'instant d'avoir un recul suffisant pour déterminer leur impact réel : les premières villes signataires ont pour l'instant reconduit des actions qui existaient antérieurement, afin d'assurer la pérennité de leur financement.

1.3.3. Une approche de la santé renouvelée par les enjeux environnementaux

Les préoccupations environnementales ont contribué à élargir l'approche de la santé à l'échelle locale. Les injonctions nationales en matière d'environnement, appliquées à l'échelle locale, ont accru la nécessité de prendre en compte les enjeux sanitaires dans l'aménagement des villes. La Loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie dite LAURE, qui s'applique aux agglomérations, intègre la santé dans l'un de ses objectifs, dans la mesure où la qualité de l'air constitue sa clé de voûte. L'article 2 de la loi l'exprime clairement : « Constitue une pollution atmosphérique au sens de la présente loi l'introduction par l'homme, directement ou indirectement, dans l'atmosphère et les espaces clos, de substances ayant des conséquences

préjudiciables de nature à mettre en danger la santé humaine, à nuire aux ressources biologiques et aux écosystèmes, à influencer sur les changements climatiques, à détériorer les biens matériels, à provoquer des nuisances olfactives excessives. » (Article 2, abrogé en 2000). Les aménagements qui découlent de la LAURE reposent sur trois types de plans, intégrés dans les politiques urbaines : le plan régional de la qualité de l'air (surveillance et maîtrise de la pollution, information du public), le plan de protection de l'atmosphère (pour les agglomérations de plus de 250 000 habitants) et le plan de déplacement urbain.

Le Plan national santé environnement (PNSE) et ses déclinaisons territoriales (régionale, voire locale) a développé l'approche environnementale de la santé en aménagement au cours des années 2000. Le premier PNSE (2004-2008) s'inscrit dans la charte de l'environnement, intégrée dans la Constitution française. Cette charte proclame que « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » (article 1) et que « toute personne a le devoir de prendre part à la préservation et à l'amélioration de l'environnement » (article 2). Le second PNSE (2009-2013), issu du Grenelle de l'environnement (2009), prolonge et développe le premier plan, en ajoutant de nouvelles problématiques moins axées sur les risques environnementaux, comme le développement des mobilités douces. Néanmoins, l'approche par les risques pour la santé reste dominante, au détriment d'une approche plus positive de la santé (promotion de la santé). Ces plans nationaux ont été déclinés à l'échelle régionale, les objectifs variant en fonction des enjeux régionaux.

De nouvelles préoccupations sanitaires émergent également à l'échelle locale. Ce mouvement s'inscrit dans une dynamique plus globale de montée des préoccupations de santé environnementale. La contestation de l'implantation d'antennes-relais en milieu urbain repose sur une inquiétude sanitaire de la part des riverains qui seraient directement exposés aux ondes électromagnétiques. La contradiction entre les études sur l'impact des ondes électromagnétiques émises par les antennes-relais et la perspective du développement du nombre d'antennes (arrivée de l'opérateur mobile Free) et de leur puissance dans le cadre de la mise en place de la 4G (antennes à très haut débit) a accentué le phénomène. La Ville de Rennes n'échappe pas à ces inquiétudes, et les opérateurs mobiles sont confrontés à des conflits d'aménagement. Plusieurs installations d'antennes-relais ont fait l'objet de contestations au nom de la santé publique au cours de dernières années. En 2008, un collectif de parents d'élèves a ainsi dénoncé une installation à proximité de l'école Jean Zay, située en

centre-ville. Les parents d'élèves ont été déboutés en 2012 de leur action en justice, pour cause de vice de procédure. D'autres contestations ont suivi¹¹⁵, en s'appuyant sur la dangerosité supposée des ondes émises par les antennes. Le point commun aux contestations est la proximité des antennes et de lieux accueillant des enfants (école Jean Zay, crèche de la Biquenais,...), augmentant alors la sensibilité du sujet. Les services et les élus de la ville de Rennes ont, dans un premier temps, affirmé que de telles antennes ne présentaient pas de risque sanitaire particulier, les émissions des antennes déjà installées étant situées largement en dessous des normes en vigueur. Cependant, la position de l'équipe municipale a évolué sous la pression des riverains et de cette « épidémiologie populaire » (Calvez, 2009) : la ville a mené une campagne de mesure des ondes électromagnétiques à l'échelle de la ville en avril 2012¹¹⁶, prenant ainsi en compte les préoccupations des riverains. Les mesures aboutiront à une cartographie consultable sur le site Internet dans un souci de transparence.

Les approches populationnelle, territoriale et environnementale se juxtaposent davantage qu'elles ne se combinent. Impulsées par des dispositifs nationaux (ASV), des initiatives politiques locales (politique de vieillesse) ou par des sollicitations citoyennes, elles ne s'appuient pas sur une réflexion globale, transversale et cohérente. Le plan local de santé permet de donner *a posteriori* une cohérence de façade entre toutes ces actions.

1.4. Le développement durable, le référentiel majeur des projets urbains

Le lancement du programme Villes-Santé de l'OMS en 1986 et la publication en 1987 du Rapport Brundtland¹¹⁷ (Notre avenir à tous, *Our common future*) qui a popularisé la notion de développement durable sont concomitants. Dans ce contexte, on pourrait penser que les principes du développement durable soient convergents avec ceux des Villes-Santé (Dooris, 1999). Or cette convergence est toute relative (Le Goff, Séchet, 2011).

¹¹⁵ <http://www.rennes.lemensuel.com/actualite/article/2011/01/11/action-judiciaire-contre-linstallation-dune-antenne-relais-orange-7770.html>

¹¹⁶ http://www.ouest-france.fr/actu/actuLocale_-Antennes-relais.-La-ville-de-Rennes-mesure-les-ondes-electromagnetiques_40823-2066036-----35238-aud_actu.Htm

¹¹⁷ Ce rapport est issu des travaux de la commission des Nations unies pour l'environnement et le développement qui était présidée par Mme Gro Harlem Brundtland.

1.4.1. Une convergence de principes du développement durable et des Villes-Santé ?

Les méthodes d'action prônées par le programme Villes-Santé et par le développement durable sont analogues. L'échelle de la ville est, dans les deux discours, présentée comme la plus pertinente pour mener à bien les objectifs globaux. Les maires des Villes-Santé déclarent que « [leurs] villes ont le plus grand potentiel d'amélioration de la santé et de la qualité de vie dans la Région européenne » (Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé, 1998). Quatre ans plus tôt, les villes européennes signataires de la Charte d'Aalborg déclarent que « l'autorité locale est proche des problèmes environnementaux et la plus proche des citoyens [...]. Les villes ont donc un rôle essentiel à jouer pour faire évoluer les habitudes de vie, de production et de consommation, et les structures environnementales ». Le choix de l'échelle de la ville comme cadre privilégié d'action s'explique de plusieurs manières. D'abord, ces textes de référence sont produits dans les pays les plus développés et les plus urbanisés : le programme Villes-Santé a été mis en place par le bureau européen de l'OMS ; la charte d'Aalborg est la « Charte des villes européennes pour la durabilité ». De plus, les premiers acteurs politiques à s'être emparés concrètement des questions de santé et de développement durable étaient des maires.

Les Villes-Santé et les villes durables utilisent les mêmes types d'outils pour réaliser leurs objectifs. Elles doivent toutes deux produire un document qui intègre les différents secteurs, dans une approche intégrée : « Plan santé municipal » pour les Villes-Santé, agendas 21 locaux, qui peuvent comporter un volet consacré à la santé, pour les villes durables. L'ensemble des services municipaux (santé, environnement, urbanisme, action sociale, transports,...) est susceptible de participer à la réalisation et à la mise en application de ces plans : les Villes-Santé comme les Villes durables impliquent des modes d'action publique semblables, marqués par l'intersectorialité et en rupture avec l'habituel cloisonnement des services (dans les faits, la transversalité est difficile à mettre en œuvre, comme nous venons de le voir *supra*). En outre, les Villes-Santé comme les Villes durables prônent le partenariat. Celui-ci peut s'opérer avec des acteurs politiques (communautés d'agglomération, collectivités locales, services déconcentrés de l'Etat, ministères,...), des associations, des professionnels (médecins libéraux, architectes,...). La participation de la population aux actions (de la simple information à une réelle implication dans l'action) est également, en théorie, un élément constitutif de la mise en place des actions d'une Ville-Santé ou d'une Ville durable.

Dans quelle mesure cette convergence des méthodes et des outils a-t-elle accompagné une convergence des valeurs et des priorités d'action ? La comparaison des textes de références successifs met en évidence un déséquilibre en faveur du développement durable. En ce qui le concerne, le Réseau européen des Villes-Santé rédige, à chaque début de phase, une déclaration d'intentions qui sous-tend le déroulement de la phase. La comparaison des déclarations successives montre que le développement durable est de plus en plus présent, ce qui indique la place croissante des principes du développement durable dans les programmes des Villes-Santé. La première déclaration des maires des Villes-Santé (Milan, avril 1990) n'évoque pas le développement durable, notion encore récente et pas encore intégrée par les collectivités locales. Les références sur lesquelles s'appuie la déclaration sont la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ainsi que la déclaration « Santé pour Tous », déclaration votée par les Etats membres des l'OMS en 1977 et qui affirme l'objectif de « l'accès pour tous les peuples du monde à des services de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive ». Quand les maires présents réaffirment l'importance de l'environnement, de l'équité, de l'intersectorialité et de la dimension internationale du mouvement, ils ont à l'esprit la charte d'Ottawa : « Il [la politique de promotion de la santé] s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables ».

C'est à Athènes, en 1998, que la déclaration sur les Villes-Santé intègre réellement le développement durable, ou plutôt viable – ce qui signifie que c'est la dimension environnementale du développement durable qui est privilégiée : « Par cette déclaration politique, des villes de l'Europe toute entière expriment clairement leur détermination à promouvoir la santé et le développement viable ». Les maires signataires s'engagent à agir pour jouer « un rôle pilote pour regrouper et mettre en œuvre les stratégies de la Santé pour Tous et le programme local Action 21 » (Déclaration d'Athènes, 1998). Fortes de dix années d'expériences qui ont permis de mieux comprendre comment les conditions économiques et sociales en milieu urbain influencent la santé, les Villes-Santé font de l'Agenda 21 un référentiel d'action aussi important que la « Santé pour tous » de l'OMS¹¹⁸. Les maires ou responsables politiques présents à Athènes et signataires de la Charte s'engagent donc « à

¹¹⁸ D'ailleurs le Réseau français des villes-santé souhaite que les Villes-santé soient toutes signataires de la Charte d'Alborg et mettent toutes en place un Agenda 21.

améliorer la santé de [leurs] concitoyens, femmes, enfants et hommes, guidés par les principes fondamentaux de l'équité, de la viabilité, de la coopération intersectorielle et de la solidarité ». Les Villes-Santé adhèrent donc à la fois à la politique européenne de la santé pour tous et à la Charte des villes européennes pour la durabilité.

1.4.2. Une convergence toute relative

La déclaration politique adoptée en 2003 dans le cadre de la Conférence internationale des Villes-Santé fait référence à la déclaration de Johannesburg sur le développement durable (2002) et réaffirme l'« engagement clair et résolu de villes dans l'ensemble de l'Europe en faveur de la santé et du développement durable ». Pour autant, cet engagement n'est que vaguement décliné, notamment lorsque les signataires s'engagent à « construire des villes sûres et créant des conditions favorables, à l'écoute des besoins de tous les citoyens, en faisant participer activement des départements de planification urbaine et en promouvant des pratiques de planification urbaine au service de la santé » (Déclaration de Belfast sur les Villes-Santé. La force de l'action locale). Dans la déclaration de Zagreb (2008), sous-titrée « Santé et équité dans toutes les politiques locales », le développement durable est un principe d'action parmi d'autres : « Nous affirmons notre engagement en faveur des principes et des valeurs des Villes-Santé dans le domaine de l'équité, du développement de l'autonomie, des partenariats, de la solidarité et du développement durable ». Si « un bon état de santé est essentiel pour une croissance économique durable », il est tout aussi nécessaire « d'œuvrer pour garantir que le développement économique – et tout ce qui lui est nécessaire en matière d'infrastructures, y compris de systèmes de transport – soit durable sur le plan environnemental et social ». Les effets des changements climatiques et les impacts de l'environnement construit figurent dans la liste des défis persistants ou nouveaux auxquels les Villes sont confrontées, aux côtés, entre autres, des inégalités de santé et de l'importance croissante des maladies non transmissibles et chroniques.

Indépendamment ou non de la meilleure connaissance des modalités d'action des déterminants environnementaux et sociaux sur la santé, le développement durable a donc pris place dans les actions locales en faveur de la santé. Quelle est à l'inverse la place et la conception de la santé dans les discours sur le développement durable ? Le chapitre 6 de l'Action 21 est consacré à la protection et à la promotion de la santé : « La santé et le

développement sont étroitement liés. Un développement insuffisant débouchant sur la pauvreté tout comme un développement inadéquat entraînant une consommation excessive allant de pair avec l'expansion de la population mondiale peuvent se traduire par de graves problèmes d'hygiène de l'environnement [...] ». Ce chapitre identifie cinq domaines d'activité : la satisfaction des besoins en matière de soins de santé primaire dans les zones rurales, la lutte contre les maladies transmissibles, la protection des groupes vulnérables, la santé des populations urbaines, la réduction des risques pour la santé dus à la pollution et aux menaces écologiques. La description des objectifs et des actions à mettre en œuvre renvoie à une conception biomédicale de la santé : la santé est avant tout l'absence de maladie. Les priorités relèvent des besoins sanitaires de base (l'accès aux soins primaires) et de la prévention des maladies, qu'elles soient transmissibles ou la conséquence de l'exposition à des polluants. Si la santé est l'absence de maladie, c'est aussi un capital comme cela apparaît dans des affirmations telles que « il n'est pas de développement viable sans une population saine » et que les femmes doivent pouvoir « jouer le rôle essentiel qui leur est dévolu dans la société ». La promotion de la santé n'est pas vraiment mise en avant et la santé n'est pas pensée en termes de bien-être. Il faut dire qu'Action 21 concerne l'ensemble de la planète et que les enjeux de santé ne sont pas les mêmes au Sud et au Nord. Quant à la Charte d'Aalborg, elle n'accorde à la santé qu'une place mineure. La justice sociale en général, l'amélioration de la santé des populations en particulier, ne sont pas posées comme un objectif en elles-mêmes mais comme des conditions de la durabilité urbaine : « Nous, villes, sommes conscientes que les populations démunies sont les plus touchées par les problèmes de l'environnement (bruit, pollution de l'atmosphère par les gaz d'échappement, insuffisance des équipements, insalubrité des logements, manque d'espaces verts) et les moins aptes à les résoudre. L'inégalité des richesses est à l'origine de comportements insoutenables dont elle rend l'évolution plus difficile. Nous voulons intégrer à la protection de l'environnement les exigences sociales essentielles de la population ainsi que les programmes d'action sanitaire, de l'emploi et du logement » (Charte d'Aalborg, 1994).

Au final, les dynamiques de convergence entre villes durables et Villes-Santé sont déséquilibrées. Les Villes-Santé sont entrées de plain-pied dans le développement durable en y voyant un moyen d'améliorer le bien-être des populations et des personnes autant que de la planète. Les promoteurs du développement durable sont, de leur côté, restés sur une vision plus restrictive de la santé, avec un double argumentaire - améliorer l'environnement peut permettre de réduire les maladies contagieuses, et nul ne mettra en doute que c'est une des

premières modalités, si ce n'est la première, d'amélioration des indicateurs de santé dans les pays en développement, et améliorer la santé peut renforcer la sensibilité environnementale des populations – dans lequel la promotion de la santé et la recherche du bien-être pour tous sont largement absentes. Ce déséquilibre s'accompagne d'un décalage croissant entre les aspirations affirmées par les Villes-Santé et d'autres discours autour de la santé.

On retrouve alors une conception de la santé qui accorde la prééminence aux comportements individuels en oubliant leur dépendance aux conditions sociales et en ne retenant que l'environnement physique : le sécuriser, l'embellir, l'éclairer, l'aménager doit suffire à permettre aux gens de marcher pour penser à leur santé (ces actions permettent également de rendre visibles les actions de la municipalité). Lors de la mise en place du dispositif de vélos en libre-service « Vélostar » à Rennes, le service chargé de la santé n'a pas été consulté, alors que Vélostar relève autant de politiques de transport et d'environnement (lutte contre la pollution,...) que des politiques de santé (lutte contre l'obésité, promotion de l'activité physique). D'ailleurs, les documents promotionnels ne jouent-ils sur les mots, en invitant à l'oxygénation pour parcourir la ville avec inspiration ? (cf. figure 11).

Une deuxième source d'oubli possible de l'importance des déterminants sociaux de la santé est la problématique des risques pour la santé, que ces risques viennent de la diffusion de nouvelles maladies liées à l'environnement ou des effets du réchauffement climatique. « Si on comprend bien qu'une telle maladie [le SRAS] jusqu'alors inconnue fasse l'objet d'une information et d'un suivi des autorités sanitaires, on comprend moins bien, d'un strict point de vue objectif, ce qui justifie un tel battage à propos d'une infection infiniment moins dramatique pour l'humanité que toutes celles, paludisme, tuberculose, bilharziose, pneumonie, sida, qui tuent chaque année des millions d'êtres humains sans que la presse s'en émeuve plus que cela, sinon la volonté de captiver le public avec ces monstres ancestraux qui ravageaient hier les peuples et qui les fascinent aujourd'hui en les faisant frémir. Et on commence à évoquer avec gourmandise la grippe aviaire apparue dans le sud-est asiatique, bien moins dévastatrice que le séisme de Bam en Iran, mais bien plus susceptible de faire trembler longtemps tous ceux qui ne sont pas assis sur une faille de la croûte terrestre ... » : dans cette citation, Mathias Delfe (2004) témoigne de la diversité des enjeux relatifs à la thématique des articulations entre santé et risque(s) ainsi que de la nécessité de se départir

d'une lecture strictement causaliste de ces relations entre risques et santé (Reynaud, Séchet, 2007).

Figure 11 : Carte de promotion du Vélostar, système de vélo en libre-service de Rennes



2. Le projet urbain de la ville de Rennes : pour une ville plus favorable à la santé ?

Rennes peut être considérée comme une des Villes-Santé les plus dynamiques de France, étant donné qu'elle mène une politique locale de santé volontariste depuis plusieurs décennies. Nous avons déjà pu voir que son adhésion au réseau européen des Villes-Santé et sa participation au programme PAVEL (« *Enhanced policy advice on environment and health in Europe* », programme dirigé par l'OMS et la Commission européenne afin de favoriser le développement des études d'impact sur la santé) ont accentué l'implication du service de

santé-environnement dans les questions d'urbanisme. Qu'en est-il à l'échelle du projet urbain rennais ? Celui-ci intègre-t-il la santé dans ses objectifs ? Nous verrons que, si l'intégration de la santé dans le projet global est nuancée, certaines opérations d'urbanisme prennent davantage en compte la santé.

2.1. La santé au second plan, malgré une action politique volontaire

La ville de Rennes est à la pointe des réflexions sur les relations entre l'urbanisme et la santé. Pour cela, le contexte local est favorable, notamment parce que le centre collaborateur des Villes-Santé de l'OMS, par l'intermédiaire de son ancienne présidente Annette Sabouraud, agit comme un aiguillon qui rappelle en permanence les principes des Villes-Santé. L'action de la ville de Rennes ne rayonne pas à l'échelle régionale ni à l'échelle nationale. Bien que le projet du service de promotion de la santé de la ville de Brest comporte un chapitre « urbanisme et santé », signe de l'acculturation du service de santé aux questions d'urbanisme, aucune action concrète liant l'urbanisme et la santé n'a pour l'instant eu lieu : les entretiens menés avec les techniciens des services municipaux de santé montrent que les agents du service d'urbanisme de la ville de Brest et de la communauté d'agglomération sont peu sensibilisés aux questions de santé, ainsi qu'à Lorient, où le service communal d'hygiène et de santé a pour la première fois été invité à donner son avis sur une opération d'aménagement. En effet, le service d'urbanisme de la Ville de Lorient a lancé une consultation à l'échelle des services de la commune, mais également des habitants, afin de recueillir les avis sur le réaménagement du parc Jules Ferry (5,6 ha), qui est le parc central de la ville situé entre l'hôtel de ville et le port de plaisance.

L'activité du SCHS rennais, mais également des autres SCHS bretons, reste encore tournée vers l'hygiène. Le service de santé de Lorient consacre encore 40% de ses activités à lutter contre le logement insalubre¹¹⁹. Cette compétence des SCHS est une délégation des services de l'Etat : les SCHS agissent au nom de l'Etat afin de déclarer l'insalubrité des logements. Les villes dont les centres historiques sont relativement délabrés procurent une activité importante aux SCHS : le SCHS de Rennes est ainsi chargé de veiller sur la sécurité et la prévention dans le centre ancien, dont les immeubles présentent un état de vétusté parfois

¹¹⁹ Ouest-France, 1 mars 2012

très important (deux immeubles ont brûlé depuis 2007). Le SCHS de la Ville de Rennes n'intervient toutefois pas dans le programme de rénovation du centre historique.

L'amélioration de la santé des habitants est considérée comme un effet indirect de la politique d'aménagement de la ville. L'agenda 21 de Rennes métropole¹²⁰, élaboré en 2005, évoque ainsi la santé en lien avec l'environnement : « Rennes Métropole est attentive à préserver ses milieux naturels, avec une attention particulière portée à l'air, l'eau et la santé. La réduction de l'utilisation des pesticides tant auprès des communes que des particuliers fait partie des actions emblématiques menées par Rennes Métropole ». Le référentiel pour l'aménagement durable de la ville de Rennes a, quant à lui, été élaboré en 2007. Ce document a vocation à être intégré dans l'ensemble des projets d'aménagement de la ville (ZAC en particulier, par exemple la ZAC de la Courrouze). Le terme de santé n'apparaît pas, bien que la plupart des objectifs soient susceptibles d'avoir un effet sur la santé des habitants. La dimension environnementale est importante dans les objectifs du référentiel. La réduction de l'impact sur le milieu, la réduction des consommations en eau et en énergie sont la traduction de l'importance de la préoccupation environnementale de la ville de Rennes. La santé et le bien-être des habitants sont également inscrits dans le référentiel. La recherche d'une « qualité environnementale », soit une diminution des pollutions, des nuisances (sonores, olfactives,...) et la présence d'espaces verts doivent permettre de créer des espaces plus accueillants.

Encadré 14 : Les objectifs du référentiel d'aménagement durable (Ville de Rennes)

- Développer toute mixité sociale
- Permettre un accès aux services de proximité, à pied ou à vélo
- Réduire les consommations en eau
- Réduire les consommations en énergie
- Favoriser les déplacements alternatifs à la voiture
- Réduire l'impact sur le milieu : gestion des eaux pluviales
- Réduire l'impact sur le milieu : gestion des déchets
- Réduire l'impact sur le milieu : gestion des matériaux
- Réduire l'impact sur le milieu : gestion du foncier
- Rechercher la qualité environnementale du site : gestion des pollutions et nuisances

¹²⁰ observatoire-territoires-durables.org/IMG/pdf/G2_CARennes.pdf

- Rechercher la qualité environnementale du site : espaces verts
- Développer les solidarités : Prise en compte des handicaps physiques
- Développer les solidarités : Insertion
- Anticiper les difficultés de gestion
- Sécurité des personnes
- Information - éducation au Développement durable

Les termes qui renvoient à la santé dans le projet urbain de la ville de Rennes¹²¹ sont relatifs à la qualité de vie. Ce texte rappelle que « l'enjeu est donc bien d'accueillir les nouveaux arrivants tout en maintenant cette qualité de vie, et de répondre aux nouveaux besoins et modes de vie ». La santé est étroitement liée au développement durable dans le projet urbain : « La notion de développement durable à travers les approches économiques, sociales et environnementales, détermine avec la mobilité durable de multiples points communs entre Projet Urbain et politique santé de la Ville de Rennes ». La « cohésion sociale et territoriale », c'est-à-dire la politique de mixité sociale et d'aménagement homogène et équitable à l'échelle de la ville constituent le premier aspect de cette qualité de vie. Le projet urbain insiste également sur la qualité de vie et un environnement sain, par l'intermédiaire d'un habitat sain (matériaux écologiques), de la limitation de la pollution de l'eau, la maîtrise de l'énergie. Enfin, le développement d'une mobilité « durable » et de l'intermodalité est également inscrit dans le projet : les transports en commun pour tous et le développement des alternatives à l'automobile. Ces différentes politiques participent de l'organisation globale de la ville, de son aménagement et de sa gestion. Elles ont un impact sur la relation de l'usager à son milieu, la ville. Elles permettent d'agir directement ou indirectement sur la santé des individus aussi bien au niveau physique, psychologique que mental. Les rapports entre la santé publique et la vie urbaine sont donc étroits, du moins dans les manières des élus de concevoir la ville.

Le service en charge de l'urbanisme de la ville de Rennes a rédigé en 2006 une plaquette informative de quatre pages liant spécifiquement le projet urbain et la politique de santé de la Ville¹²². Cette démarche est relativement rare à l'échelle nationale, étant donné que

¹²¹ Plan local d'urbanisme et Projet urbain 2010-2015, Ville de Rennes, Direction de l'aménagement et de l'urbanisme, service des études urbaines (CD-Rom)

¹²²

http://www.v4.rennes.fr/fileadmin/user_upload/Telechargements/Sante/Urbanisme_et_sante/Plaquette_Urba_Sante.pdf

les services d'urbanisme et de santé coopèrent assez peu (cf. chapitre 5). Toutefois le service de santé n'a pas été consulté pour la rédaction de cette plaquette : les informations contenues conviennent toutefois *a posteriori* aux membres du service de santé. La conception de la santé présente dans cette plaquette est une conception globale et sociale (par opposition à une conception plus épidémiologique, individuelle et libérale de la santé), identique à celle des Villes-Santé. L'absence de consultation du service santé indique qu'il n'est pas considéré comme un service stratégique auquel les autres services demanderaient son aval pour toute action : il est plutôt perçu comme un service opérationnel et technique.

Encadré 15 : Extrait de la plaquette d'informations « Urbanisme et santé », Ville de Rennes (2006)

Il est démontré que certaines pratiques constructives influent directement sur la santé par l'utilisation de matériaux toxiques (amiante, plomb, radon, etc.) ou en générant des nuisances (ondes électromagnétiques, qualité de l'eau, pesticides, pollutions atmosphériques, ozone ...). En matière d'aménagement ou d'urbanisme, s'il est avéré que la forme de la ville peut avoir des conséquences sur les citadins : stress, maladies respiratoires, cardio-vasculaires, allergies, dépresses, conduites à risques, il est cependant beaucoup moins aisé de définir l'importance relative des différents facteurs influents. L'approche urbanistique de la santé consiste pour Rennes à réduire, à travers l'action sur l'urbain, les nuisances pour les habitants pour faire en sorte que les milieux dans lesquels vivent les populations soient le mieux adaptés possible. C'est ce que Rennes s'emploie à faire en définissant un projet urbain à moyen terme et en croisant ses politiques urbaines et de santé.

Cette approche globale de la santé, qui dans les faits est difficilement mise en œuvre, est réalisée par des projets plus spécifiques, qui peuvent s'inscrire dans le projet urbain. La charte du code de la rue¹²³ a été rédigée par plusieurs élus et plusieurs services de la ville de Rennes : élus (adjoints à l'urbanisme, à la santé, aux personnes en situation de handicap), mais également des associations de la métropole rennaise (Espace piéton [association de promotion des déplacements piétons en ville], Rayons d'action [association de promotion de la pratique du vélo], Collectif Handicap 35 et la Maison de la consommation et de l'environnement). Le code de la rue est une démarche encore largement expérimentale, bien

¹²³ <http://www.espacepieton.org/Actions/rennes/CharteRennes.pdf>

qu'il ait été traduit dans la loi par la prédominance du piéton sur tous les autres usagers de la rue ou par la possibilité d'établir des « zones de rencontre » (vitesse limitée à 20 km/h et priorité du piéton). La démarche de charte de code de la rue permet de développer cette conception sensiblement différente de l'aménagement urbain. Bien que le souhait de réduire la place de l'automobile en ville soit partagé par la majorité des élus et que ceci se traduise par des contraintes supplémentaires pour les automobilistes, la place des usagers non-motorisés a été peu valorisée et n'avait pas fait l'objet d'une réflexion avant la mise en place du code de la rue : il ne s'agit plus de chasser de la ville les éléments les plus dangereux mais de protéger les plus vulnérables. La charte du code de la rue de la Ville de Rennes met ainsi en avant quatre enjeux. La sécurité des piétons et des cyclistes doit être à la fois assurée par des aménagements spécifiques comme les sas pour les vélos situés aux feux de circulation ou la présence d'îlots ou de refuges au milieu de la rue pour permettre une traversée de la rue en deux temps, mais également par un comportement plus attentif de la part de tous les usagers de la rue, et des automobilistes en particulier. La protection des personnes vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes en situation de handicap) est la seconde priorité de la charte. Le code de la rue, rédigé en 2006, précise que les automobilistes doivent « adopter un comportement prudent et respectueux envers les autres usagers des voies ouvertes à la circulation [et] notamment faire preuve d'une vigilance accrue à l'égard des personnes les plus vulnérables ». Cette problématique regroupe des actions déjà menées par la ville de Rennes : mise en place de pédibus (ramassage scolaire piéton), aménagement des trottoirs (abaissement, élargissement), etc. Les parents sont également incités à déposer leurs enfants à l'école à pied ou en vélo, et à réduire l'utilisation de la voiture. L'aménagement des abords de l'école Sonia Delaunay (cf. infra) dans la ZAC de Beauregard traduit cette volonté politique. Les circulations générées par la crèche Colette, située dans le même quartier, avaient également fait l'objet d'une réflexion urbanistique à l'échelle du quartier. Ce type d'aménagement est facilité par le fait que les trajets effectués par les parents pour accompagner leurs enfants sont relativement courts, dans la mesure où la crèche ou l'école sont généralement localisées dans le quartier de résidence, voire de travail, des parents. Le troisième enjeu soulevé par la charte du code de la rue est la place du piéton dans la rue. Le Quai Lamartine a ainsi été transformé en zone de rencontre en 2011 : la rue à sens unique, très utilisée par les automobilistes pour traverser le centre-ville d'Est en Ouest, croise une rue commerciale passante. Les feux tricolores, qui imposaient aux automobilistes de s'arrêter pour permettre aux piétons de traverser la rue, ont été supprimés. Ainsi, les automobilistes sont fortement incités à la prudence, étant donné que les piétons sont prioritaires. La zone de

rencontre a plusieurs conséquences sur la santé et le bien-être des piétons. Tout d'abord, en réduisant la vitesse des automobiles de 50 km/h à 20km/h, les accidents sont potentiellement moins nombreux et moins graves¹²⁴. La zone de rencontre procure également un sentiment de sécurité plus important pour les piétons.

2.2. La traduction du projet urbain dans les aménagements à Rennes : des aménagements pensés pour le bien-être des habitants ?

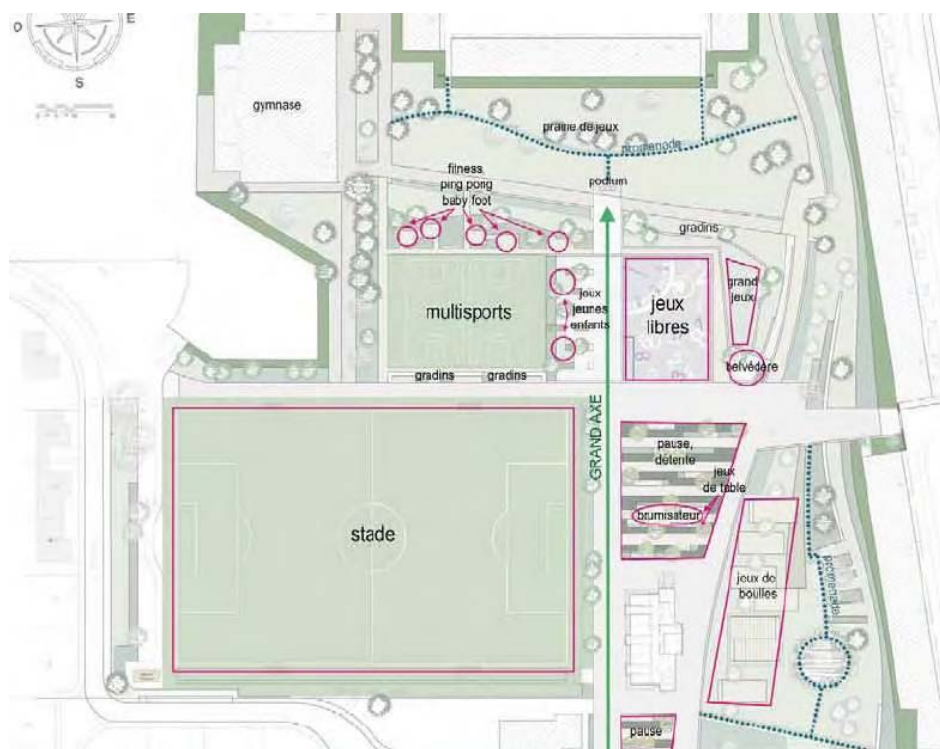
La santé apparaît ainsi en filigrane dans le projet urbain de la ville de Rennes et se traduit par des actions ponctuelles. Ceci se décline dans l'aménagement de l'espace, que ce soit dans les projets de réaménagement, à l'image du parc du Berry, ou d'actions plus ponctuelles, comme le développement de dispositifs incitant les citoyens à pratiquer une activité physique, voire sportive.

L'aménagement du complexe sportif du Berry, construit en 1970 dans le cadre de la zone à urbaniser en priorité de Villejean, est centré sur plusieurs aspects, qui renvoient au bien-être des habitants. Cet espace avait pour vocation initiale d'accueillir des équipements sportifs (une salle multi-sports, quatre terrains de basket bitumés, un terrain de football stabilisé et un second terrain enherbé), et doit s'élargir à tous les publics et à davantage d'usages. Il offrait une possibilité d'effectuer des activités sportives au sein du quartier de façon libre ou en club (cercle Paul Bert), mais les autres usages étaient relativement limités en dehors du sport. La requalification des cinq hectares du complexe sportif mixant les fonctions de parc sportif et de parc paysager a été retenue, à la fois pour conserver des activités sportives sur le site, mais également pour permettre davantage d'usages de l'espace. La réorganisation du parc tient compte de ce déficit et la Ville de Rennes a souhaité que cet espace favorise les interactions sociales, en particulier entre différentes générations. Le projet prévoit un stade et un terrain multi-sports, ainsi que la rénovation du gymnase, afin de conserver les fonctions originelles du parc. Leur place est cependant réduite au profit d'activités plus variées. Les publics visés sont élargis : la mise en place de jeux pour les jeunes enfants, de grands jeux, ont pour objectif d'attirer des publics plus jeunes (et leurs parents), qui n'utilisaient pas cet espace. La mise en place d'un terrain de pétanque et de jeux

¹²⁴ http://www.audiar.org/urba/pdf/FU_zones_rencontre.pdf

de table (échecs) a quant à elle vocation à attirer un public plus âgé. Le complexe sportif est ainsi réaménagé en espace où toutes les générations peuvent effectuer une activité physique, qu'elle soit tournée vers le loisir et la détente (fitness, ping-pong, baby-foot) ou vers le sport. Une « aire de jeux libres » accessible aux personnes à mobilité réduite, aura plusieurs fonctions, à la fois sportives (vélo, hip-hop), mais aussi sociale et culturelle, dans le mesure où des manifestations y seront organisées (concerts,...). Enfin, des espaces de pause et de détente arborés permettront aux habitants de se détendre, de pique-niquer.

Carte 10 : le parc du Berry : transformation d'un espace consacré aux sports à un espace de détente pour tous



Source : projet d'aménagement du parc du Berry, Ville de Rennes

Photographie 1 : Le futur parc du Berry : des terrains de sports aux « espaces de tranquillité et de rencontre »



Source : toutes les photographies sont de l'auteur, sauf mention contraire

La Ville de Rennes, par l'intermédiaire du service urbanisme et du service en charge des sports, s'est également engagée dans une transformation des espaces afin de favoriser l'activité sportive de plein air, en particulier en aménageant des espaces favorables à la marche ou à la course à pied. Ces aménagements peuvent être considérés comme favorables à la santé, les études épidémiologiques (cf. supra) ayant démontré que la proximité d'un espace favorable à l'activité physique accroissait la proportion d'individus pratiquant une telle activité. Deux conceptions coexistent dans l'aménagement de ces espaces. Une conception traditionnelle (photographie n°2) repose sur l'installation d'agrès et de dispositifs permettant la récupération ou d'effectuer des exercices complémentaires. La rédaction d'une plaquette d'informations¹²⁵ sur les parcours sportifs possibles sur le territoire de la Ville et leur affichage à proximité des circuits proposés (photographie n°3) est susceptible d'encourager une activité physique et sportive. Le préambule de la brochure fait référence à la santé et au bien-être, plutôt qu'à la performance et au dépassement de soi : « au moment où les liens entre santé, bien-être et activité physique ne sont plus à démonter, la Ville de Rennes a souhaité accompagner cette pratique en mettant à disposition des nouveaux arrivants ou des nouveaux pratiquants cette brochure présentant quelques parcours dans la ville avec leur balisage. [...] Ce document est donc une invitation à la pratique sportive mais

¹²⁵ http://www.nxtbook.fr/newpress/Ville-Rennes/Direction_Sports/Courir_a_Rennes/index.php#/2

également une invitation à la découverte de notre ville, de ses parcs et de ses poumons verts... en courant ou en marchant. ». Le parcours de chaque circuit est accompagné d'indications sur le relief (valloné, plat,...), sur le sol (bitumé, sablé,...), mais également sur le cadre (parc, berges,...).

Les panneaux informatifs sont divisés en deux parties distinctes. La partie supérieure est composée du plan du circuit. La sémiologie de la carte éditée est simplifiée, facilitant ainsi la lecture pour tous les publics. La seconde partie des panneaux donne quelques conseils afin d'effectuer une activité sportive sans danger (échauffement, étirements,...). Certains parcs sont également équipés de poteaux indicateurs, indiquant aux sportifs la distance qu'il leur reste à parcourir. Des dispositifs de plus en plus performants peuvent être intégrés dans l'aménagement des espaces publics afin de favoriser l'activité sportive : ainsi, la ville de Clichy-la-Garenne a installé un chronomètre dans un parc. Les coureurs, équipés d'une puce électronique, peuvent se chronométrer, leur temps s'affichant sur un panneau électronique à leur passage¹²⁶.

L'aménagement des espaces urbains ne favorise pas seulement une activité physique et sportive quasi-professionnelle. Des aménagements récents illustrent une nouvelle façon de concevoir l'activité physique dans l'espace public. L'installation de « Fit'park » à Rennes (photographie n°4) montre la volonté d'inciter le plus grand nombre à se dépenser physiquement. Les Fit'park sont composés de plusieurs éléments plus ludiques que des installations sportives. L'utilisation de ces éléments par des enfants est même permise, comme le montre la photographie n°4. Ces dispositifs ne s'inscrivent pas dans un parcours sportif de type course à pied, mais s'insèrent plutôt dans la marche ou la promenade.

¹²⁶ <http://www.ville-clichy.fr/index.php?Rub=126>

Photographie 2 : La conception traditionnelle de l'aménagement en faveur de l'activité physique : le parcours sportif (quartier de Maurepas)



Photographie 3 : Panneau d'information sur le parcours sportif des étangs d'Apigné)



Photographie 4 : le développement de nouveaux aménagements favorisant l'activité physique pour tous : les « fit'park » (étangs d'Apigné, Rennes)



La tradition hygiéniste des communes est encore présente et représente une partie importante du service municipal rennais dédié à la santé, malgré l'évolution de la dénomination du SCHS vers un service de santé-environnement. Les enjeux sanitaires n'ont pas disparu : au contraire, de nouvelles questions s'imposent à la municipalité en fonction des nouveaux besoins exprimés par les habitants. Par exemple, le contrôle sanitaire des eaux de baignade (piscine, mais également étangs), l'effraiment des étourneaux qui gagnent la ville à l'automne, l'insalubrité des logements du centre-ville historique sont des préoccupations auxquelles le service de santé doit faire face.

Les projets urbains, et le projet urbain de Rennes en particulier, n'ont pas intégré la santé dans leurs priorités. Cependant, la santé apparaît en filigrane des référentiels sur lesquels s'appuient les pouvoirs publics locaux. Il y a une tension majeure entre les intentions politiques déclarées et les actions mises en œuvre. Bien que la santé soit pensée de façon globale, les projets ponctuels, centrés sur une population ou un territoire, traduisent la difficulté d'intégrer dans le fonctionnement quotidien d'une municipalité les grands principes des Villes-Santé. Malgré les études croissantes sur les relations entre l'aménagement et la santé, le dialogue entre les urbanistes et les professionnels de la santé à l'échelle locale est encore rare. Les cultures professionnelles sont fondamentalement différentes. D'un côté, les urbanistes qui ont reçu une formation principalement technique et juridique, et sont chargés de mettre en œuvre les projets dessinés par les élus. De l'autre côté, les professionnels de la

santé qui ont reçu une formation en prévention et promotion de la santé ou en hygiène publique. Malgré tout, des collaborations ponctuelles, à l'image des deux évaluations sur l'impact sur la santé menées à Rennes (cf. chapitre 9), permettent une acculturation des deux professions aux doubles enjeux urbanistiques et sanitaires : alors qu'en 2006 les urbanistes n'avaient pas consulté le service de santé, les EIS ont ouvert un espace de rencontre.

Chapitre 8. Le bien-être dans l'environnement des enfants et des jeunes : une question d'aménagement ?

L'écart entre la reconnaissance de la dimension globale de la santé et son intégration dans toutes les politiques, et dans l'aménagement en particulier, ne doit pas occulter le fait que les aménagements peuvent procurer un bien-être à la population. L'environnement naturel et bâti n'est pas seulement un facteur de risques pour la santé. La géographie de la santé a commencé à prendre en compte cette dimension au cours des années 1980, en développant un nouveau concept : le paysage thérapeutique. Issu de la géographie culturelle, le paysage thérapeutique renouvelle l'approche des interactions entre l'espace et la santé. La définition de la santé en géographie s'élargit à l'ensemble des déterminants de la santé et au bien-être. L'espace n'est plus seulement le support des inégalités de santé mais constitue un déterminant de la santé et du bien-être des individus. La part de l'aménagement de l'espace dans l'explication de l'état de santé ne doit pas être exagérée : ce dernier est bien le résultat d'une combinaison de déterminants biologiques, sociaux, environnementaux.

Les enfants et les jeunes sont les seules populations qui bénéficient d'aménagements spécifiques dans l'espace public. Cette population est l'une des moins présentes dans l'espace public : leurs activités se sont progressivement concentrées à domicile ou dans des organisations cadrées (centre de loisirs sans hébergement,...). Les aires de jeux constituent l'une des dernières marques visibles des enfants dans l'espace public. L'étude des lieux dédiés aux enfants dans la ville de Rennes, principalement à l'aide de photographies d'aménagements, permettra de voir si la santé et le bien-être des enfants et des jeunes sont intégrés dans les aménagements des quartiers, des rues et des aires de jeux, et quels aspects du bien-être des enfants (sécurité, activité physique, interactions sociales,...) sous-tendent ces aménagements.

1. Bien-être et espace urbain

1.1. Les paysages thérapeutiques : une approche géographique des espaces favorables à la santé

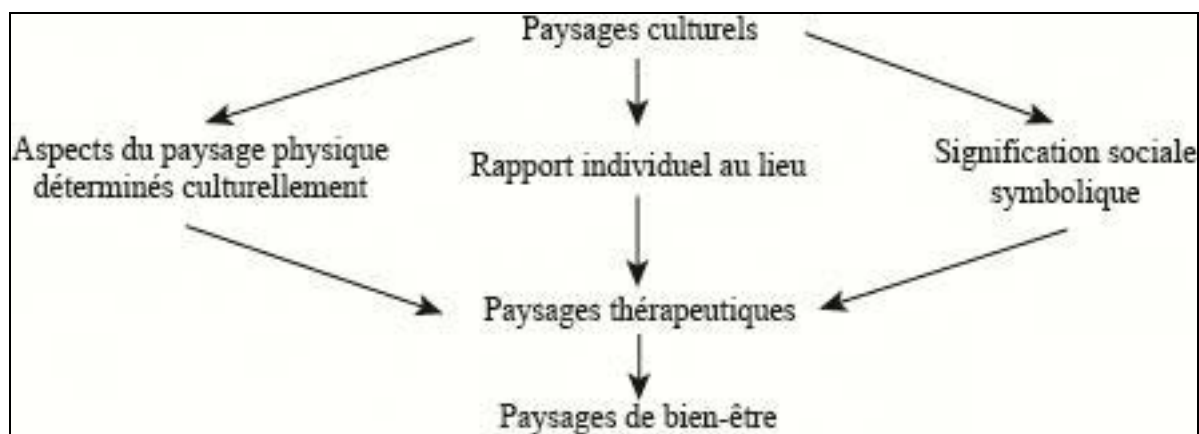
Les premières études en géographie sur les relations entre l'espace et le bien-être ont émergé au début des années 1980, avec les études de Wilbert Gesler, qui a développé le concept de « paysage thérapeutique » (*therapeutic landscape*). Les études pionnières de Wilbert Gesler sur Epidaure (Gesler, 1993) puis sur Lourdes (Gesler, 1996) ont montré comment un lieu pouvait contribuer au bien-être : « Dans les lieux comme Epidaure, l'environnement naturel, l'environnement bâti, les symboles complexes, les croyances et les attentes, le rapport au lieu [*sense of place*], les relations sociales et l'équité relative, les activités quotidiennes et la territorialité ont influencé le bien-être physique, mental et spirituels » (Gesler, 1993). Ainsi, un lieu peut être considéré comme thérapeutique « quand l'environnement physique et bâti, les conditions sociales et les perceptions humaines sont combinées pour créer une atmosphère qui conduit à la guérison » (Gesler, 1996).

Le concept originel de paysage thérapeutique a évolué sous l'influence de plusieurs critiques (Williams, 2007). Premièrement, les lieux susceptibles de guérir des individus ne sont seulement les lieux réputés pour leurs pouvoirs de guérison (Epidaure, Lourdes, Bath). Le spectre de lieux susceptibles de guérir ou d'apporter un bien-être sont plus nombreux, et dépassent ces lieux spécifiques. Les espaces plus ordinaires peuvent ainsi procurer du bien-être. Bonnie Hallman (Hallman, in Williams, 2007) a ainsi analysé le zoo sous le concept de paysage thérapeutique, en supposant que le zoo constitue un espace spécifique pour les loisirs familiaux. L'échelle micro est également mobilisée afin d'analyser les lieux sous l'angle des paysages thérapeutiques : Wilbert Gesler et Sarah Curtis (Gesler et Curtis, in Williams, 2007 ; Curtis et al., 2007), ont appliqué ce concept à l'architecture des hôpitaux britanniques.

Sarah Curtis (Curtis, 2004) a synthétisé les relations entre les différentes composantes du paysage thérapeutique (cf.figure 12). Les lieux peuvent procurer du bien-être en fonction de leur aspect strictement physique. La salubrité ou la beauté d'un lieu peut par exemple procurer un sentiment de bien-être. Le rapport individuel au lieu est un second élément du bien-être que peut procurer un lieu : un lieu peut également offrir une certaine protection vis-à-vis des menaces extérieures, procurer un sentiment d'appartenance, d'identité. Enfin, un lieu

peut également porter une signification sociale symbolique, des valeurs positives. Ces différents éléments s'appliquent à tous les types de paysages / lieux ou espaces thérapeutiques : logement, espace naturel,...

Figure 12 : Les paysages thérapeutiques du bien-être



Source : Curtis, 2004

L'approche qualitative des espaces sous l'angle du bien-être suppose ainsi de connaître les présupposés culturels (« paysage culturel »), qui expliquent à la fois l'aménagement physique d'un lieu et le rapport individuel et collectif au lieu. L'analyse de l'espace urbain et de la place qu'il consacre aux enfants permet de voir si l'espace urbain à toutes les échelles, de l'échelle de la ville à celle plus restreinte des espaces qui leur sont dédiés, dont les aires de jeux.

1.2. L'aménagement urbain, déterminant de la santé ?

Les liens entre l'aménagement urbain et la santé publique font l'objet de réflexions récentes (depuis les années 1990). En effet, celles-ci reflètent à la fois les évolutions de la santé publique, qui s'est davantage ouverte sur les enjeux environnementaux, mais aussi celles perceptibles dans l'aménagement, qui prend de plus en plus en compte le bien-être des habitants. Les questions de l'impact du milieu sur la santé des individus (la santé étant alors synonyme d'absence de maladie) côtoient désormais une réflexion sur la façon dont la santé (définie selon l'OMS) guide les politiques d'actions sur les espaces. On est ainsi passé de l'espace comme déterminant de la santé (cf. chapitre 7) à l'individu comme priorité et enjeu

de l'action politique locale, soit d'une certaine manière, une inversion de l'ordre des facteurs. Selon Basile Chaix (Chaix, 2012), « l'ensemble des travaux issus de ces champs de recherche invite à une intégration renforcée des politiques sociales et d'aménagement urbain aux politiques de santé publique ». Une discipline hybride a été progressivement élaborée, au croisement de ces deux enjeux : la santé urbaine. Cette dernière comporte deux aspects : la description de l'état de santé des populations urbaines et l'analyse des déterminants de la santé des citoyens (Galea et Vlahov, 2008). La santé urbaine n'est pas spécifique à une discipline particulière (épidémiologie, sociologie,...), mais a vocation à être transdisciplinaire, bien qu'elle soit portée par des épidémiologistes. Dans les faits, la santé urbaine repose encore sur une conception épidémiologique de la santé : l'état de santé de la population est analysé sous la forme de cartographie d'indicateurs, et les déterminants principaux de la santé sont des déterminants spatiaux et non sociaux.

Les déterminants environnementaux de la santé peuvent être analysés par échelles, comme l'a synthétisé Basile Chaix (*idem*), reprenant ainsi un des fondamentaux de la réflexion des géographes sur le fait que ce qui s'observe en un point de la surface terrestre découle de la combinaison de processus d'ampleur locale, régionale, nationale, internationale, planétaire. L'environnement physique, socio-économique, les services à la population et les interactions sociales existent à toutes les échelles, de l'échelle nationale à l'échelle du quartier. Par exemple, le niveau général d'instruction des habitants d'un pays, cumulé au profil économique d'une ville (industrielle, tertiaire) et du quartier contribuent à générer un environnement qui peut être plus ou moins favorable à la santé des individus, et est variable en fonction de la situation économique du pays elle-même fonction du contexte économique mondial. L'expérience de ces différents déterminants conditionne une partie des comportements de santé individuels.

Depuis le début des années 2000, les pays développés sont le théâtre de nouvelles problématiques de santé, que la médecine ne peut pas résoudre à elle seule. Certaines mesures visent à agir ainsi plutôt sur les déterminants environnementaux et sur les comportements des individus afin de les encourager à adopter des comportements plus sains, de façon consciente ou inconsciente. Le maire de New York a, par exemple, interdit en février 2011 la consommation de cigarettes dans certains quartiers piétonniers (dont Times Square), dans les parcs ou sur les plages, sous peine d'une amende de cinquante dollars. Cette conception punitive de la santé est associée à la façon dont l'urbanisme peut devenir favorable à la santé

et au bien-être des citoyens. Cette dernière repose sur un arrière-plan conceptuel libéral : en considérant les personnes comme des individus rationnels qui se comporteraient de la manière souhaitable dans un espace aménagé de telle façon qu'il encourage ces bons comportements, les personnes sont rendues responsables de leurs problèmes de santé.

La lutte contre l'obésité, en particulier aux Etats-Unis, repose sur cette conception de la santé, qui responsabilise (et culpabilise) les individus. Pourtant, l'obésité peut s'expliquer par la totalité des déterminants de la santé : facteurs génétiques, conditions socio-économiques (les personnes les plus précaires sont davantage exposées au risque d'obésité), mais également l'environnement dans lequel vivent les individus. Certains chercheurs considèrent que l'étalement urbain est une des causes de l'obésité, dans la mesure où il ne favoriserait pas l'activité physique (Ewing et al., 2003). Strafford et al. (2007) ont identifié, à partir de la littérature scientifique, les déterminants de l'obésité, et ont pris en compte les déterminants environnementaux et sociaux. Pour eux, les déterminants environnementaux influencent à la fois l'alimentation, source des calories, et l'activité physique, qui permet d'éliminer celles-ci. Dans les villes nord-américaines, la qualité de l'alimentation serait liée à l'accès aux supermarchés et aux fast-food. La proximité d'un supermarché favoriserait une alimentation de meilleure qualité, en particulier dans les quartiers les plus défavorisés. Le niveau des revenus détermine également l'accès à une nourriture de qualité, qui ne suppose pas seulement une question d'accès. L'accès à la nourriture favorisant l'obésité peut également être limité par l'aménagement urbain. Certaines études épidémiologiques menées en Amérique du Nord ont montré que « l'environnement alimentaire » joue un rôle important dans l'obésité¹²⁷. Une accessibilité relativement facile aux fast-food a pu être corrélée à l'indice de masse corporelle des enfants et des adultes habitant à proximité. Les autorités canadiennes ont ainsi entamé des réflexions afin de limiter l'implantation des fast-food en zone urbaine, et en particulier à proximité des établissements scolaires (Paquin, 2008). Les déterminants défavorables de la santé peuvent s'accumuler, les fast-food étant plutôt installés dans des zones plus marquées par la pauvreté (Robitaille et Bergeron, *idem*). Les fast-food ont aussi pu s'implanter dans ces zones pour rechercher une clientèle captive. L'activité physique est quant à elle favorisée par plusieurs facteurs : la proximité de lieux de loisirs (parcs,...), la mixité des fonctions (qui permet d'effectuer davantage de trajets à pied) la favorisent, alors que l'étalement urbain, qui nécessite l'usage très régulier de l'automobile pour effectuer

¹²⁷ Robitaille et Bergeron, cahiers de la santé, INPES

toutes les démarches quotidiennes, encourage la sédentarité. Des facteurs peuvent contribuer à l'inactivité physique : le budget-temps, des capacités physiques réduites, la violence (criminalité,...), les rapports sociaux de sexe ou de race (peur de sortir par peur de se faire agresser).

L'analyse d'un domaine d'action commun aux Villes-Santé et aux villes engagées dans des politiques de développement durable, l'encouragement aux mobilités douces et tout particulièrement à la marche à pied, permet de voir en quoi l'aménagement urbain peut favoriser des comportements sains. L'encouragement à la marche à pied est particulièrement fort aux Etats-Unis et, plus largement, dans le monde anglophone où la thématique de la *walkability* a été popularisée par le Maire de Londres, Ken Livingstone. Dans le programme « *Making London a walkable city. The Walking Plan for London* »¹²⁸ lancé en février 2004, il définit une 'ville amie de la marche' [a walking friendly city] comme « une ville où les personnes choisissent la marche comme leur moyen de transport préféré pour la santé et pour se détendre, et qui permet un haut degré de 'marchabilité' ». Cinq caractéristiques sont nécessaires pour qu'une ville ou un quartier favorisent la marche à pied¹²⁹ :

- Des espaces connectés : « le réseau piétonnier est connecté à des pôles d'attraction clés comme les pôles d'échanges intermodaux, les logements, les lieux de travail, de loisirs, ainsi qu'une bonne interconnexion des routes »
- Des espaces conviviaux : « la marche doit être une activité plaisante et permettre des interactions avec d'autres individus, avec l'environnement naturel ou bâti, y compris les autres usagers de la route »
- Des espaces rassurants : « les cheminements piétonniers et les espaces publics doivent être sûrs et accueillants, avec une attention particulière portée à l'éclairage, la visibilité et la surveillance »
- Des espaces confortables : « Les revêtements des surfaces doivent être de bonne qualité, l'architecture et le paysage doivent être attractifs, le trafic et la place accordée à la route doivent être contrôlés »
- Des espaces pratiques : « les espaces 'marchables' doivent être aussi efficaces que les autres modes de transport grâce aux facteurs ci-dessus ».

¹²⁸ <http://www.tfl.gov.uk/assets/downloads/corporate/walking-plan-2004.pdf> (consulté en mars 2009)

¹²⁹ Traduction de l'auteur.

A partir de cette règle des 5 C, des indicateurs-clé permettant la mesure de l'aptitude à la marche ont été définis (Brennan Ramirez et al., 2006), et guident les études d'impact sur la santé ; d'autres travaux ont cherché à montrer l'intérêt de l'utilisation des SIG pour mieux caractériser les environnements urbains au regard de leur capacité à favoriser la marche à pied (Leslie et al., 2007). L'aptitude à favoriser la marche à pied est aujourd'hui devenue un argument de promotion immobilière aux Etats-Unis¹³⁰. Mais dans le même temps, rien n'est dit sur la faisabilité pour les personnes, confrontées au quotidien à des problèmes de gestion des temps et des distances entre les différentes fonctions à assumer - on pense au cas des femmes seules avec enfants, ni sur les inégalités sociales face à l'obésité, alors que c'est au nom de la priorité à la lutte contre l'obésité que les villes sont encouragées à aménager l'espace urbain en faveur de la marche. Tout se passe comme si, dès lors que les aménagements urbains sont réalisés, les personnes étaient renvoyées à leurs responsabilités. Cette approche individuelle est au centre d'un récent rapport du centre d'analyses stratégiques, qui renvoie les questions de prévention en santé publique à la responsabilité des individus¹³¹.

2. Quels espaces de bien-être pour les enfants à l'échelle de la ville et du quartier ?

Les enfants constituent une population spécifique en matière d'aménagement urbain. Tout comme les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap, ils constituent une population vulnérable, notamment en milieu urbain, où ils sont susceptibles de se déplacer à pied dans un espace susceptible d'accueillir de la circulation automobile. Les statistiques de la Prévention routière soulignent cette vulnérabilité piétonne des enfants de moins de quinze ans¹³² : les piétons et les cyclistes de moins de quinze ans représentent respectivement 23,5% et 9% des blessés et 44% et 10% des tués. A titre de comparaison, les déplacements piétonniers des adultes (25-64 ans) sont à l'origine de 8,5% des tués et de 10% des blessés¹³³.

¹³⁰ <http://www.walkscore.com/walkable-neighborhoods.shtml>

¹³¹ http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_25_Prevention_Web.pdf

¹³² <http://www.preventionroutiere.asso.fr/Nos-publications/Statistiques-d-accidents/Accidents-enfants>

¹³³ <http://www.preventionroutiere.asso.fr/Nos-publications/Statistiques-d-accidents/Accidents-adultes-25-64-ans>

Les personnes de moins de 15 ans représentent 22,5% des piétons blessés alors qu'ils représentent 18,5% de la population française¹³⁴.

L'analyse du quartier issu de la zone d'aménagement concerté de Beauregard à Rennes sera mise en perspective avec des aménagements antérieurs dans d'autres quartiers de Rennes. L'espace occupé par la ZAC est situé à l'intérieur de la rocade, expression de la volonté politique de la municipalité et de l'intercommunalité de densifier. La densification est présentée comme la réponse à la pression démographique et permet de limiter l'étalement urbain. La ZAC de Beauregard comporte environ 2 800 logements en 2012 répartis sur 71 hectares. Cette ZAC, pensée dès 1958, a été achevée en 2012. Ainsi, les principes les plus récents en matière d'aménagement et d'urbanisme ont pu être appliqués à ce nouveau quartier, dont les premiers logements ont été livrés en 1997¹³⁵.

2.1. A l'échelle de la ville : un traitement particulier de l'espace public en faveur des plus vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes à mobilité réduite)

La charte des prescriptions générales de l'espace public de la Ville de Rennes rassemble les différents règlements relatifs à l'aménagement de l'espace public. Plusieurs éléments renvoient à des enjeux de santé, bien que la santé n'apparaisse pas comme un objectif particulier. Ce document technique donne cependant des indications importantes sur le traitement de l'espace public en faveur de la santé et des publics les plus vulnérables.

Le choix des matériaux de revêtement du sol est pensé en fonction des personnes les plus vulnérables, afin de permettre une accessibilité de qualité pour tous. La qualité des revêtements est pensée en fonction des personnes à mobilité réduite : personne non-voyante, personne en fauteuil roulant, personne âgée, personne avec une poussette,... Le livret thématique « structures et revêtement » oblige les aménageurs à concevoir des « revêtements sur les cheminements piétons [...] de préférence non meubles, non glissants et de bonne qualité (pas de trous supérieurs à deux centimètres) »¹³⁶. Le choix du mobilier n'est également

¹³⁴ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150

¹³⁵ http://www.territoires-rennes.fr/?fiche=logement_rennes_zac_beauregard

¹³⁶ Livret thématique « mobilier urbain », ville de Rennes, p. 12

pas neutre et est opéré en fonction de ces personnes plus vulnérables : « tous les usagers doivent trouver leur place dans les aménagements de l'espace public »¹³⁷. Le choix du mobilier urbain n'est pas seulement fixé en fonction de normes esthétiques, afin de donner une image de la ville. Leur structure, leur implantation sur les cheminements piétons est fixée en fonction des personnes à mobilité réduite (par exemple, conserver une distance suffisante entre un candélabre et un mur pour permettre le passage d'une personne en fauteuil roulant). Ainsi, l'aménagement de l'espace public est soumis aux nouveaux enjeux de santé publique et de bien-être, notamment sous l'impulsion de l'article 45 de la loi handicap du 11 février 2005 : « La chaîne du déplacement, qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité, est organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite. [...] Un plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics est établi dans chaque commune à l'initiative du maire ou, le cas échéant, du président de l'établissement public de coopération intercommunale. Ce plan fixe notamment les dispositions susceptibles de rendre accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite l'ensemble des circulations piétonnes et des aires de stationnement d'automobiles situées sur le territoire de la commune ou de l'établissement public de coopération intercommunale. Ce plan de mise en accessibilité fait partie intégrante du plan de déplacements urbains quand il existe. Cette loi se traduit par exemple concrètement dans le livret des espaces verts par l'obligation d'établir « au moins un accès praticable par les personnes à autonomie réduite dès que la configuration le permet. Ce cheminement d'accès débouchera sur au moins un cheminement praticable pour les personnes à autonomie réduite »¹³⁸.

Les écoles font l'objet d'un traitement urbanistique systématique, pour le mobilier urbain mis en place à proximité. Alors que celui-ci est de couleur vert foncé et harmonisé sur l'ensemble du territoire communal rennais, le mobilier situé à proximité des établissements scolaires est de couleur jaune. Ces barrières jaunes accroissent la protection physique des enfants vis-à-vis de la circulation automobile : le changement de couleur a pour objectif d'augmenter la vigilance des automobilistes. La mise en place de dos d'âne et d'une signalisation verticale lumineuse complète l'aménagement des abords des écoles.

¹³⁷ Idem, p. 6

¹³⁸ Idem, p.32.

Le développement des zones 30 et, plus récemment, des zones de rencontre dans le cadre de la charte du code de la rue, bénéficie aux personnes les plus vulnérables. Dans les ZAC les plus récentes, les zones de rencontre sont intégrées dès l'origine du projet, permettant ainsi de penser l'aménagement de la rue en amont de sa réalisation. Ainsi, la plupart des rues de la ZAC de Beauregard sont établies en zone 30 (seules les voies de transit interquartiers, aux limites du quartier, sont limitées à 50 km/h). Les zones de rencontre sont quant à elles localisées à proximité des habitations (cf. photographie ci-dessous).

Photographie 5 : le réseau viaire secondaire : des espaces sécurisés



La place de l'automobile est réduite au maximum par l'aménagement du bas des immeubles. La rue ci-dessus aboutit au parc de Beauregard, qui constitue une colonne vertébrale de la ZAC de Beauregard en la traversant d'Est en Ouest. Les automobiles n'ont pas accès au parc et sont maintenues à distance. Les piétons sont prioritaires dans les impasses qui mènent au parc, la voie n'étant dédiée qu'à l'accès aux parkings des résidents des immeubles. La circulation automobile est ainsi limitée aux seuls résidents. Les consignes fournies par les trois panneaux situés à l'entrée de la rue sont renforcées par l'aménagement de l'impasse. Si une perspective jusqu'au parc est ménagée, le chemin rectiligne, constitué

d'un revêtement en béton, n'est dédié qu'aux piétons. Les automobiles doivent slalomer entre les espaces trapézoïdaux engazonnés dotés de barrières : la vitesse des véhicules éventuels, dont les automobilistes ne seraient pas découragés par l'aménagement de l'impasse, est ainsi réduite au minimum. Ce type d'aménagement est issu d'un esprit différent de l'aménagement de lotissements pavillonnaires, dont les impasses en forme de raquette de tennis ont pour objectif de faciliter la circulation automobile (et en particulier le demi-tour des véhicules), au détriment de la sécurité des habitants. Les impasses aménagées entre les rues principales et le parc constituent des espaces de transition apaisés entre un espace dédié au transit automobile et le parc.

2.2. A l'échelle du quartier et de l'îlot : un aménagement axé sur la sécurité et les interactions sociales

La ZAC de Beauregard devait répondre à six objectifs : accueillir de nouveaux habitants et de nouvelles activités, mettre en valeur le patrimoine naturel, paysager et architectural, assurer une continuité urbaine avec les quartiers limitrophes, limiter les nuisances acoustiques, favoriser les déplacements alternatifs et favoriser la vie sociale du quartier.

Les immeubles de la ZAC de Beauregard sont surimposés sur la trame bocagère préexistante, et renforcée par un « pré-verdissement », c'est-à-dire un renforcement de la végétation avant les travaux de construction. Les cheminements piétonniers utilisent la trame bocagère préexistante et permettent de relier les différents services du quartier : école, centre commercial. Le trafic automobile, et le trafic de transit en particulier, est relégué à la périphérie du quartier, limitant de fait le trafic automobile aux résidents et aux usagers du parc. La question de l'éclairage du parc a été l'objet de discussions entre les habitants et les services de la Ville (ainsi que la SEM Territoires¹³⁹, en charge de l'opération). Comme tous les autres parcs ouverts de la Ville (la Ville compte plusieurs parcs fermés à clé pour la nuit par les surveillants des parcs et jardins), le parc de Beauregard n'est pas éclairé. Or, il constitue un espace charnière entre la partie septentrionale du quartier, exclusivement

¹³⁹ La Société d'économie mixte Territoires est la société d'aménagement du Pays de Rennes. Sous la tutelle de la ville de Rennes puis de Rennes Métropole depuis 2001, elle a été créée pour accompagner les projets et la mise en œuvre d'aménagements.

résidentielle, et la partie méridionale, où se situent les services (commerces, école, crèche). La traversée du parc en hiver pose notamment problème aux parents et aux enfants, l'obscurité procurant un sentiment d'insécurité. La position de la Ville de Rennes est inverse : l'éclairage des parcs favoriserait l'occupation nocturne du parc, et contribuerait à créer de l'insécurité¹⁴⁰.

Les immeubles de la ZAC forment des îlots plus ou moins ouverts sur l'extérieur, et constituent des lieux potentiels d'interaction sociale entre les riverains. Dès les premières années du quartier, les usagers les plus importants des îlots étaient les femmes et leurs enfants, en particulier après 17 heures (Cérur, 2004). La fréquentation des îlots est variable, étant donné que leurs configurations sont différentes et peuvent ne pas favoriser les échanges ou les jeux. La caractéristique principale des îlots était la présence de jeux pour enfants, prévus à l'origine de la ZAC. Une étude avait alors mis en évidence un rapport ambivalent des riverains aux îlots. Les résidents d'un îlot avaient indiqué lors de l'enquête qu'ils « apprécient fortement leur cœur d'îlot, en particulier pour son côté esthétique, mais aussi la présence de jeux pour enfants. Cela participe selon eux à la qualité de vie résidentielle. Pourtant, ils sont peu nombreux à fréquenter cet espace, par manque de temps ou bien d'intérêt. Ce sont principalement les enfants qui utilisent le cœur d'îlot (jeux, vélo, ballon) ainsi que les résidents situés en rez-de-chaussée ». De fait, la présence de jeux pour enfants est un élément du mobilier urbain qui peut procurer un certain bien-être à l'ensemble des riverains, et pas seulement aux enfants. Cependant, l'organisation en îlots peut également poser certains problèmes et limiter l'usage de ces espaces semi-fermés. Le premier enjeu est la présence des jeux pour enfants, qui ont progressivement disparu des îlots et qui ont été transférés dans l'espace public (cf. photographie 6), dans des endroits qui n'étaient pas prévus pour accueillir un tel mobilier. Deux raisons expliquent le transfert de cette charge des copropriétés à la Ville de Rennes. Le coût de l'entretien et du contrôle de ces jeux était considéré comme trop élevé, et pesait ainsi lourdement dans les charges de la copropriété. La responsabilité juridique en cas d'accident était également trop lourde à assumer.

¹⁴⁰ http://www.vivreabeauregard.fr/CR_GT_Circulation_14-01-2010.pdf

Photographie 6 : une aire de jeux ajoutée au parc en raison du désengagement des copropriétés pour des raisons de sécurité



L'aménagement des îlots est également pensé en fonction des interactions sociales. Le cas d'un espace multisports « City parc » (cf. photographie ci-dessous) illustre la volonté de renforcer ces interactions. En effet, le projet initial prévoyait l'installation d'un terrain de sports en périphérie du quartier. La concertation entre les jeunes du quartier (entre 12 et 24 ans) et le service des Jardins de la Ville de Rennes (en charge de l'installation des aires de jeux) a conduit à repositionner cet espace au cœur du quartier. Les contraintes paysagères et sonores ont été prises en compte dans cet aménagement, afin d'intégrer cet espace entre les immeubles, sans gêner les riverains¹⁴¹.

¹⁴¹ http://www.vivreabeauregard.fr/CR_GT_Circulation_11-03-2010.pdf

Photographie 7 : Espace multi-sports (City parc) en cœur d'îlot : l'intégration des jeunes à proximité des habitations



L'aménagement de l'espace environnant l'école implantée en cœur de quartier permet à la fois de favoriser les déplacements alternatifs à l'automobile et met en valeur le patrimoine naturel. Le positionnement de l'école primaire Sonia Delaunay au centre du quartier de Beauregard et à proximité du parc a été pensé afin de réduire la circulation automobile aux abords de l'école. La photographie ci-dessous, effectuée à proximité de l'école en fin de matinée, montre l'usage important du parc comme une voie de communication entre les habitations et l'école. Le parc est beaucoup utilisé par les parents et les enfants à l'heure de sortie de l'école. Les cheminements utilisés par ceux-ci ont progressivement été tracés en fonction des trajets utilisés : la municipalité ayant fait le choix de limiter la fréquence de tonte ainsi que la superficie tondue, seuls les cheminements empruntés sont entretenus régulièrement. L'organisation de l'espace autour de l'école permet à la fois de réduire la circulation automobile et de favoriser la marche à pied, créant ainsi un environnement sécurisé. L'accès à l'école en voiture est possible, mais par une rue à sens unique, avec une vitesse maximale autorisée à 30 km/h.

Photographie 8 : l'utilisation des cheminements piétonniers du parc de Beauregard à la sortie de l'école



2.3. A l'échelle de l'aire de jeux

Gill Valentine et John McKendrick (Valentine, McKendrick, 1997) ont démontré que la présence d'aires de jeux pour enfants dans l'environnement proche et l'utilisation de ces aires n'est pas corrélée. La proximité n'agit pas comme un facteur déterminant de la pratique de ces lieux spécifiques par les enfants, accompagnés ou non par leurs parents. Ces derniers constituent l'élément déterminant, en autorisant ou non leurs enfants à jouer dans l'espace public. Les enjeux de sécurité vis-à-vis du trafic automobile et des étrangers conduisent les parents à réduire le temps passé dans l'espace public par les enfants. Les modes de vie ont modifié la géographie des espaces de jeux des enfants (*idem*) : l'espace public et les activités libres ont été progressivement délaissés au profit du logement et d'activités plus encadrées, en particulier pour les filles.

Les aménagements spécifiquement dédiés aux enfants peuvent être analysés selon l'approche qualitative des paysages thérapeutiques ou des espaces de bien-être. La qualité des

espaces, plutôt que la quantité de ces lieux spécifiques, sera ici abordée. La ville de Rennes a mené une politique d'accessibilité des espaces de jeux pour tous : chaque habitant de la ville a à sa disposition une aire de jeux à moins de 500 mètres de son domicile. Les premiers espaces spécifiquement destinés aux enfants ont été créés dans les parcs de la ville à la fin du XIX^{ème} siècle, mais avec un encadrement très strict. Le règlement du parc du Thabor (jardin botanique situé en centre-ville) de 1865 précisait dans son article IV que « les enfants âgés de moins de douze ans et leurs gouvernantes n'y seront reçus qu'avec les parents de ces enfants. Les courses, les luttres et autres jeux n'y sont pas permis ». L'enfant n'est donc pas perçu comme un enfant ayant besoin de jouer et de faire des activités mais plutôt comme un potentiel de nuisances voire de dégradation des plantes. Ces mesures sont dues au souhait de conserver le prestige et l'image du parc, plutôt réservé à la classe bourgeoise de l'époque, comme le reflète l'article III du même règlement : « l'entrée du jardin sera interdite à tout individu dont la tenue ne sera pas convenable ». La place accordée aux enfants dans l'espace public a évidemment et heureusement évolué depuis le début du XX^{ème} siècle. Les enfants conservent toutefois encore une place particulière dans l'espace public.

2.3.1. L'aire de jeux : enfermement et sécurité pour assurer le bien-être des enfants (et des parents ?)

Les aires de jeux ont évolué au cours du temps, et leur intégration dans les réflexions sur l'aménagement de l'espace public s'est développée. Quelques anciennes aires de jeux subsistent encore, comme en témoigne la photographie n°9. L'aire de jeux est sommaire et se limite à un bac à sable circulaire, qui coexiste avec deux bancs et une poubelle. Ce bac à sable est promis à la disparition dans le cadre du réaménagement du parc du Berry situé à proximité. L'aire est située sur un cheminement de transit, qui constitue un accès au parc du Berry. Elle n'est pas clôturée : le grillage situé en arrière-plan de la photographie clôture les arbres. Les bacs à sable plus récents sont quant à eux entourés d'une clôture (cf. photographie n°10). La configuration de l'aire reste cependant identique, exceptée l'absence de poubelle. La clôture est un dispositif qui permet à la fois d'améliorer la qualité de la surveillance des parents ou des adultes accompagnateurs, mais peut également empêcher l'accès du sable aux éventuels animaux divagants, pour des questions d'hygiène.

Photographie 9 : une conception ancienne de l'aire de jeux : le bac à sable isolé et non clôturé (quartier de Villejean)



Photographie 10 : bac à sable clos (quartier de Villejean)



La localisation des aires de jeux les plus récentes est effectuée de préférence en cœur d'îlot, notamment dans le quartier de Villejean, où leur superficie est assez réduite. Dans ce

cas, la fermeture physique par une clôture n'est pas nécessaire, le sentiment de sécurité est donné par la morphologie urbaine. En effet, la disposition des immeubles constitue un cœur d'îlot semi-fermé, à l'abri de la circulation automobile. Mais cela n'empêche pas le passage des chiens et donc les problèmes d'hygiène. La proximité d'une rue soumise à un important trafic automobile modifie la configuration de l'aire de jeux. Le Jardin « Arc en ciel » longe la rue Trégain (quartier de Maurepas situé au Nord de Rennes, marqué par une forte proportion d'habitat social), empruntée par une ligne de bus majeure. Un centre commercial situé de l'autre côté de la rue génère également du trafic automobile. Le réaménagement récent du parc incluait l'installation d'une aire de jeux à son extrémité Sud. Le parc, clôturé, dispose de deux accès fermés par une porte. La sécurisation de l'aire de jeux est renforcée par une deuxième série de clôtures, qui entourent l'aire de jeux. Cet aménagement est l'illustration extrême du souhait de protéger les enfants de tous les dangers de l'espace public, et de la circulation en particulier.

Photographie 11 : la fermeture de l'aire de jeux par l'îlot (quartier de Villejean)



Photographie 12 : La double sécurisation de l'aire de jeux (quartier de Maurepas)



2.3.2. Les aires de jeux : un détournement des usages originels

Les aires de jeux sont également fermées occasionnellement, voire de façon permanente, par les usagers eux-mêmes. L'aire de jeux située à proximité de la place centrale du quartier de Beauregard est clôturée et fermée par une grille, qui constitue l'unique accès à l'aire. Cependant, cette grille ne ferme pas à clé (cf. photographie n° 13). Il est apparu que certains usagers condamnaient cette porte de façon artisanale, afin d'empêcher les enfants de l'ouvrir en cas de défaut de surveillance. La proximité immédiate d'un carrefour explique ce surcroît de sécurité, mais il pose également la question du rôle de la surveillance des adultes accompagnateurs : parents, assistants maternels en particulier. Un espace clôturé peut donner un sentiment de sécurité trop élevé et diminuer la conscience du danger, relâchant ainsi la surveillance des adultes. Une fermeture plus durable d'un côté d'une aire de jeux a également pu être constatée à proximité de l'école (photographie n°14). Un panneau fixé sur un accès indique que seul l'autre accès est disponible. L'entrée condamnée permet d'accéder directement au parking de l'école, qui peut générer un trafic automobile relativement important. L'autre accès est quant à lui situé en face de l'école, à partir d'un cheminement piétonnier, donc plus sécurisé.

Photographie 13 : Proximité d'une aire de jeux d'une rue passante



Photographie 14 : Condamnation des accès de l'aire de jeux donnant sur un parking (quartier de Beauregard)



Les aires de jeux peuvent également faire l'objet d'usages différents de ceux pour lesquels ils ont été conçus. Les aires de jeux ouvertes sont parcourues par d'autres usagers au cours de promenades ou de moments de détente. La photographie ci-dessous a été prise sur la dalle Kennedy dans le quartier de Villejean, à l'heure du déjeuner. L'aire de jeux est l'un des rares espaces de l'esplanade où il est possible de s'asseoir, sur un banc ou sur les marches. Elle est située à proximité de commerces, et de commerces alimentaires en particulier : supermarché, boulangerie, fast-food. Ainsi, les usages de l'aire de jeux varient en fonction des temporalités : temps du travail (pause déjeuner des salariés et des étudiants du quartier) et temps des enfants (fin d'après-midi, week-end).

Photographie 15 : L'aire de jeux pour enfants, un espace de bien-être ouvert à tous (quartier de Villejean)



La place des enfants dans l'espace urbain dans les pays développés est déterminée en partie par le rapport des parents à l'espace public, bien que les concepteurs de la ville pensent spécifiquement aux enfants pour les lieux qui leur sont dédiés. L'évolution du paysage culturel et surtout social (question du risque et de la sécurité, question de gestion des temps, etc.) des parents a conduit à diminuer le temps que les enfants passent dans l'espace public, qui peut être perçu comme une source de dangers. En conséquence, et parce que les municipalités engagent leur responsabilité et craignent d'être considérées comme responsables en cas d'accident, les aménagements en faveur des enfants et de leur bien-être sont avant tout pensés en fonction du risque : risque d'accident sur l'aire de jeux

(désengagement des copropriétaires qui a conduit au report des aires de jeux dans l'espace public), risque vis-à-vis de l'environnement extérieur, perçu comme dangereux *a priori*. La circulation automobile est le premier danger. La clôture des aires de jeux est ambivalente : elle permet de rassurer les parents en donnant un sentiment de sécurité et de protection, et incite ainsi les parents à s'y rendre avec leurs enfants. Cependant, elle alimente également le soupçon d'un environnement extérieur risqué. La réduction du risque est présente à toutes les échelles de l'aménagement de la ville, de l'échelle micro à l'échelle de la ville, de la fermeture de l'aire de jeux par les parents à la généralisation des zones 30 et des zones de rencontre.

Le rapport individuel aux lieux dédiés aux enfants est également un facteur de bien-être. La présence de cette infrastructure peut être une source de bien-être pour des individus qui ne les utilisent pas. Nous avons pu voir que les habitants d'un immeuble appréciaient de pouvoir apercevoir l'aire de jeux depuis leur fenêtre : la présence d'une aire de jeux suppose la présence d'enfants, et peut donner un sentiment de sécurité et de bien-être. De plus, le soin apporté à l'aménagement des aires de jeux, en particulier en terme paysager, offre un confort visuel pour l'ensemble de la population, d'autant plus que les bancs sont relativement rares dans le reste de l'espace public. Le choix de bancs confortables à proximité des aires de jeux tranche avec le choix d'autres bancs dans d'autres espaces de la commune. Cette dynamique n'est pas propre à la Ville de Rennes. Les aires de jeux constituent un espace à part: tout comme les parcs, les jardins, les squares, qui sont également pour la plupart clos, voire fermés la nuit, ils offrent un moment de quiétude et de repos dans l'espace public.

Les espaces publics plus ouverts ont connu un mouvement inverse, en réduisant au maximum la sédentarité des individus. Les bancs sont relativement rares dans un espace public ouvert, et, lorsqu'ils sont présents, ils n'offrent pas les mêmes qualités que les bancs des aires de jeux ou des parcs. Les bancs de la place de la République à Rennes n'invitent pas à la détente prolongée : le matériau (béton), l'inclinaison à 45° du dossier ou encore la présence d'accoudoirs empêchent toute personne de s'allonger durablement (en particulier les marginaux). L'aménagement urbain se caractérise davantage par la recherche d'un « ordre post-hygiéniste » (Kokoreff, 1991) que vers le bien-être des habitants : il s'agit d'effacer les traces de saleté et les autres pollutions, afin de restituer la lisibilité du territoire (primat des apparences et de l'image). La santé et l'hygiène sont parfois évoqués dans les projets urbains ou dans les discours plus politiques pour des raisons différentes, voire éloignées des enjeux de

santé : le ministre français de l'Intérieur avait ainsi fait référence au « nettoyage au Kärcher » pour évoquer le renouvellement urbain (Séchet, 2006). Dans un contexte de concurrence entre les métropoles à l'échelle française (voir les palmarès réguliers des hebdomadaires des « villes où il fait bon vivre »¹⁴²), le cadre de vie est un enjeu aussi déterminant que l'emploi ou les prix de l'immobilier, conduisant ainsi les projets urbains à privilégier la beauté et la propreté au détriment du bien-être des habitants.

¹⁴² http://www.lexpress.fr/emploi-carriere/emploi/le-palmares-des-50-villes-ou-il-fait-bon-vivre_1036763.html

Chapitre 9. Les Villes-Santé et l'urgence environnementale : concurrence ou préoccupation commune ?

L'urgence environnementale, l'environnement et la dimension écologique du développement durable se sont imposées dans les politiques publiques, en particulier dans les pays riches. De ce fait, la Santé pour tous entre en concurrence avec l'environnement dans les agendas politiques, malgré une exigence d'intersectorialité (Lawrence, in Coutard et Lévy, 2010). Le développement des discours autour de la crise écologique et environnementale à partir des années 1990 (Sommet de la Terre, Rio de Janeiro, 1992), qui s'est accéléré au cours des années 2000, a transformé les politiques publiques à toutes les échelles, reconsidérées à l'aune du développement durable dans sa seule dimension écologique, au détriment des autres dimensions, et notamment de la dimension sociale. Les risques sanitaires liés à l'environnement resurgissent régulièrement dans l'actualité, à l'occasion de crises sanitaires (le SRAS, la grippe aviaire, ...), et dans les politiques menées à l'échelle mondiale (OMS) ou nationales (plans nationaux de santé –environnement en France) et cela a pour effet de réduire l'attention portée à certains déterminants de la santé, dont les déterminants sociaux (Reynaud et Séchet, in Fleuret et Thouez, 2007). L'articulation entre l'environnement et la santé est double : alors que les collectivités locales adoptent une vision élargie de l'environnement et de la santé, à l'instar du réseau des Villes-Santé, qui promeut les environnements favorables à la santé, l'approche par le risque a tendance à l'emporter, en particulier dans les discours à l'échelle mondiale : la limitation de l'exposition à des facteurs de risque assurerait une meilleure santé. Les deux aspects peuvent être conciliés, notamment à travers des politiques transversales, bien que l'approche par les risques reste dominante. Les questions environnementales ont ainsi progressivement pris le dessus sur les questions sociales dans les pays développés, gommant la problématique des inégalités sociales et environnementales.

Le développement des études d'impact sur la santé (EIS) à partir de la fin des années 1990 pourrait être une façon de contrebalancer l'importance de l'environnement dans les politiques publiques. Bien qu'elles constituent à l'origine le volet santé des études d'impact sur l'environnement, elles sont actuellement pour la plupart indépendantes de celles-ci. Elles peuvent être une façon de considérer l'ensemble des déterminants de la santé des individus, et pas seulement les déterminants environnementaux. Les EIS existent aux trois échelles principales de décision (échelles internationale, nationale, locale), mais les situations sont très hétérogènes selon les pays. Si l'intérêt des EIS semble être partagé, leur mise en œuvre est plus contrastée. Dans quelle mesure les EIS ont-elle un impact sur ces politiques et les orientent davantage vers la santé ?

1. Environnement et risques pour la santé : obstacle à l'approche globale des déterminants de la santé dans les politiques publiques ?

Les politiques internationales et nationales qui articulent l'environnement et la santé s'appuient sur les présupposés de recherches récentes en « santé-environnement ». Ces recherches sont essentiellement pratiquées par des médecins et des épidémiologistes, qui adoptent une perspective biomédicale et déterministe des relations entre l'environnement et la santé. Les dégradations de l'environnement ont un impact sur la santé. Dans une telle approche de l'écologie sous l'angle des risques (Coutard et Lévy, 2010), l'environnement est une source de risques pour la santé, et n'est pas considéré comme un facteur de bien-être. Il semble difficile de concilier l'approche de la santé par l'environnement et l'approche globale de la santé défendue par la charte d'Ottawa et les Villes-Santé. Pourtant, certaines politiques locales permettent de concilier les deux, à l'image de la promotion de la pratique du vélo en ville, soutenue par le développement des vélos en libre-service. Ces politiques comportent cependant plusieurs limites, notamment l'absence de prise en compte des inégalités sociales ou de la santé mentale.

1.1. Un cadre législatif et conceptuel qui repose sur une approche par les risques

Les liens entre l'environnement et la santé ont fait l'objet de réflexions à l'échelle européenne, tant de la part des vingt-sept pays de l'Union européenne que du Conseil de l'Europe (47 États). L'opportunité d'élargir l'environnement à l'ensemble des déterminants de la santé, sans les limiter à l'environnement naturel, n'a pas été saisie par les pouvoirs publics. L'environnement et la santé ont connu un rapprochement par l'intermédiaire de l'approche du risque, à contre-courant des études menées par l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.

L'Union européenne a retenu une dimension sanitaire dans le sixième programme d'action pour l'environnement, qui délimite « les priorités et les objectifs de la politique environnementale européenne jusqu'en 2010 et au-delà, et détaille les mesures à prendre pour contribuer à la mise en œuvre de sa stratégie en matière de développement durable »¹⁴³. Outre le fait que le développement durable est réduit à sa dimension environnementale, on peut constater que l'approche des liens entre la santé et l'environnement s'appuie sur une approche par les risques sanitaires : « le but est d'atteindre une qualité de l'environnement qui ne met pas en péril ni influence négativement la santé des personnes »¹⁴⁴. De plus, ce programme d'action évalue « le coût des pathologies ayant une origine environnementale certaine a été évalué pour l'UE à environ 50 milliards d'Euros sur 30 ans ». L'environnement ne peut pas, dans cette perspective, être pensé comme susceptible d'être à l'origine d'une meilleure santé et d'un bien-être.

Encadré 16 : Les objectifs du volet « Environnement et santé » du sixième programme d'action de l'Union européenne pour l'environnement

- identifier les risques pour la santé des personnes, y compris les enfants et les personnes âgées, et de légiférer en conséquence ;
- introduire des priorités d'environnement et santé dans d'autres politiques et dans la législation relative à l'eau, l'air, les déchets et le sol;

¹⁴³ Sixième programme d'action pour l'environnement, Union européenne. Disponible à l'adresse : europa.eu/legislation_summaries/agriculture/environment/128027_fr.htm

¹⁴⁴ Extrait du volet « Environnement et santé » du sixième programme d'action de l'Union européenne pour l'environnement. Disponible à l'adresse : http://europa.eu/legislation_summaries/agriculture/environment/128027_fr.htm

- renforcer la recherche dans le domaine de la santé et l'environnement;
- établir un nouveau système d'évaluation et gestion des risques des produits chimiques; interdire ou limiter l'utilisation des pesticides plus dangereux et assurer que les meilleures pratiques d'utilisation soient appliquées;
- assurer la mise en œuvre de la législation relative à l'eau; assurer l'application des normes sur la qualité de l'air et définir une stratégie sur la pollution atmosphérique; adopter et de mettre en œuvre la directive sur le bruit.

Le Conseil de l'Europe pose également la question des liens entre la santé et l'environnement sous une approche des risques. En 2009, la recommandation 1863 intitulée « Environnement et santé : mieux prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement » incite les États membres du Conseil de l'Europe « à reconnaître les liens étroits entre l'environnement et la santé, et à instaurer des politiques fortes et coordonnées dans ce domaine ». Cependant, l'environnement y est avant tout défini comme un facteur de risque pour la santé, tout particulièrement à travers la pollution de l'environnement. Le principe de précaution, développé par les institutions internationales, doit primer. Le Conseil de l'Europe souhaite également soutenir « une nouvelle discipline médicale transversale, qui a émergé et s'est développée depuis plusieurs années » : la médecine environnementale. Les autres acteurs cités par le Conseil de l'Europe appartiennent aussi au monde médical : toxicologues, épidémiologistes.

L'articulation entre la santé et l'environnement dans les politiques nationales françaises s'inscrit dans la même vision qui prévaut à l'échelle européenne. Une partie des plans de santé publique¹⁴⁵ intègre la dimension environnementale : plan national santé environnement, plan de santé au travail, plan de prévention des accidents de la vie courante et plan d'action chlordécone en Martinique et Guadeloupe. Les autres catégories de programmes ne se penchent pas spécifiquement sur les relations entre la santé et l'environnement : ils sont consacrés à la santé en général (plan national nutrition santé par exemple), aux maladies chroniques (cancer, Alzheimer,...), aux risques infectieux (SIDA, tuberculose,...) et aux alertes sanitaires (plan canicule, plan grand froid).

¹⁴⁵ Ministère de la santé, Livre des plans de santé publique, 3^e édition, 2011. Disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/LDP_2011_BD.pdf

Les conclusions du groupe « Environnement et santé » du Grenelle de l'environnement, qui ont inspiré les priorités du second Plan national de santé – environnement (cf. encadré 17) s'inscrivent dans cette vision d'un environnement potentiellement hostile à la santé des populations¹⁴⁶. La pollution de l'air, du sol et des eaux est l'une des premières préoccupations soulevées par ce groupe. Le second PNSE a ainsi pour objectif principal de réduire l'exposition à la pollution physico-chimique. L'articulation entre la santé et l'environnement est pensée uniquement selon le schéma du risque sanitaire créé par l'environnement. Le PNSE repose sur trois approches complémentaires : approche par les milieux (eau, air, sol, ...), par les polluants et par les pathologies.

Encadré 17 : Les mesures principales du deuxième Plan national de santé-environnement (2009-2013)

- Réduire de 30% les concentrations de particules dans l'air ambiant et l'émission dans l'air et dans l'eau de six substances toxiques
- Mettre en place un étiquetage sanitaire des produits de construction et de décoration (intérieur des logements et des lieux de travail)
- Favoriser les mobilités douces pour diminuer à la fois l'impact environnemental des transports et développer l'activité physique, qui est un élément essentiel en matière de santé
- Assurer la protection des aires d'alimentation des 500 captages d'eau les plus menacés
- Améliorer la connaissance et réduire les risques liés aux rejets de médicaments dans l'environnement
- Mettre en place un programme de biosurveillance sanitaire
- Expérimenter un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles dans quatre régions
- Renforcer le contrôle des substances, préparations et articles mis sur le marché en France
- Réduire l'exposition aux substances préoccupantes dans l'habitat et les bâtiments accueillant des enfants
- Développer un réseau de conseillers habitat santé
- Poursuivre le programme de lutte contre l'habitat indigne

¹⁴⁶ http://www.legrenelle-environnement.fr/IMG/pdf/Synthese_Rapport-2.pdf

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Identifier et gérer les points noirs environnementaux, qui sont des zones susceptibles de présenter une surexposition à des substances toxiques |
|---|

Source : PNSE 2 (disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2.pdf>)

Malgré tout, on observe des évolutions, à l'image de l'intégration de la santé dans les études d'impact sur l'environnement, obligatoires avant la réalisation de certains projets. Sous la pression de l'Union européenne, le gouvernement français a modifié les chapitres du code de l'environnement concernant les études d'impact sur l'environnement, en y intégrant davantage la santé humaine. L'article R. 122-1. du Code de l'Environnement indique que « les projets de travaux, d'ouvrages ou d'aménagements publics et privés qui, par leur nature, leurs dimensions ou leur localisation sont susceptibles d'avoir des incidences notables sur l'environnement ou la santé humaine sont précédés d'une étude d'impact. »

L'approche médicale de l'environnement dans la politique nationale peut également s'expliquer par les préférences de l'Etat en matière de politiques de santé publique. Les dépenses de l'Etat sont concentrées sur le système de soins et le traitement des pathologies. La promotion de la santé n'est qu'une politique secondaire dans les priorités de l'État. Les acteurs de la promotion de la santé s'inscrivent dans des échelles plus fines, de l'échelle locale à l'échelle régionale (cf. chapitre 1). Les élus et les techniciens des collectivités territoriales sont plus enclins à élaborer des politiques transversales, notamment en s'appuyant sur l'expertise de réseaux de villes comme le réseau des Villes-Santé. L'exemple des actions pour favoriser le développement de la pratique du vélo, à l'intersection des préoccupations environnementales et de la santé, montre que l'environnement et la santé peuvent converger.

1.2. L'exemple d'une politique à l'intersection de l'environnement et de la santé : le développement de la pratique du vélo en ville

La mise en place des vélos en libre-service par les collectivités territoriales (communes et intercommunalités), conçus comme un déplacement alternatif à l'automobile ou aux autres transports en commun, ne s'appuie pas sur les conséquences potentielles en matière de santé publique. Elle révèle la dichotomie entre les bénéfices pour la santé susceptibles d'être gagnés par la pratique du vélo en libre-service et la diminution des risques

sanitaires et environnementaux (pollution, congestion du trafic automobile). Les contraintes individuelles et la liberté de choix ne sont pas prises en compte dans le développement des vélos-en libre service. Les capacités physiques, la complexité des trajets (qui ne se limitent pas aux trajets domicile-travail), les contraintes familiales, météorologiques, le sentiment d'insécurité dans le trafic automobile, sont écartées de ces politiques alors qu'elles déterminent leur succès ou leur échec. Par ailleurs, le milieu urbain est beaucoup plus adapté à ce type de pratique que le périurbain : la promotion du vélo n'a des chances d'être efficace que si elle s'articule avec les modes de vie et les modes d'habiter des populations ciblées.

Les bienfaits de la pratique du vélo sont connus des pouvoirs publics : l'absence d'information n'explique pas pourquoi la pratique du vélo est encouragée sous des prétextes environnementaux. En 2004, une mission parlementaire sur le vélo¹⁴⁷ insiste sur l'intérêt sanitaire d'encourager la pratique du vélo en ville : « en agissant sur la mobilité quotidienne, notamment en encourageant la marche et le vélo pour les courtes distances, et en invitant nos concitoyens à faire d'un temps de déplacement un moment d'exercice physique, on impulse des changements d'habitudes et de mentalités bénéfiques à l'individu et à la collectivité ». De même, des études régulières ont prouvé les effets bénéfiques du vélo sur la santé des individus¹⁴⁸, à l'image du rapport récent de l'Observatoire régional d'Ile-de-France, fondé sur l'analyse de la littérature scientifique internationale et sur les actions menées dans la Région Ile-de-France. Ce rapport rappelle que la pratique du vélo pour les déplacements domicile travail peut réduire la mortalité de 28%, y compris en tenant compte de l'âge, de la corpulence physique, etc. Une étude¹⁴⁹ a même pu calculer les bénéfices de la pratique du vélo sur les finances de l'Assurance maladie, en évaluant les gains dans le domaine de la santé (évitements des dépenses dans ce domaine, allongement de la durée de vie...) grâce aux résultats d'une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La pratique régulière du vélo réduit significativement les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, le diabète de type II, certains cancers et d'autres pathologies. Les bénéfices collectifs et environnementaux de la pratique du vélo sont mis en avant : réduction de la pollution, diminution du trafic automobile, amélioration du cadre de vie. Une mise en valeur plus importante des économies engendrées

¹⁴⁷ LE BRETHON B., *Propositions pour encourager le développement de la bicyclette en France*, rapport parlementaire remis à Jean-Pierre Raffarin, 2004. Disponible à l'adresse : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/spipdgmt/pdf/encourager_developpemnet_cle519b55.pdf

¹⁴⁸ <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2012/RapportVeloBeneficesRisques.pdf>

¹⁴⁹ Altermodal-Inddigo, *L'économie du vélo*, 2010.

sur la santé pourrait peut-être encourager les autorités nationales à s'investir davantage dans les politiques de promotion de la santé.

Les bénéfices individuels sont peu mis en avant par les collectivités. En effet, l'argument santé n'est pas mis en avant, étant donné que la politique de développement du vélo s'inscrit dans la politique plus large d'incitation à l'usage des transports en commun et des déplacements doux, et donc avant tout de limitation des pollutions. L'ORS d'Ile-de-France a effectué des calculs prospectifs afin d'estimer le nombre potentiel de morts et d'affections de longue durée évitées en fonction de la part modale du vélo dans la Région en 2020. L'activité physique générée par le vélo éviterait ainsi entre 308 décès (4% de part modale) et 2 745 décès (part modale de 20%) ; le vélo est également un facteur de réduction du stress : si la part modale du vélo s'élevait à 20%, plus de 540 000 personnes seraient soumises à un stress moins élevé (lié à la diminution de la densité du trafic automobile). Selon l'ORS d'Ile-de-France, les enjeux politiques de la promotion de l'usage du vélo sont de plusieurs ordres : l'aspect santé de la pratique du vélo est trop souvent gommé par les décideurs à cause de l'augmentation supposée de l'accidentologie en cas d'augmentation de la pratique du vélo. Or, la proportion d'accidents liés à la pratique du vélo a tendance à diminuer avec l'augmentation du nombre de vélos dans le trafic. L'argument de réduction de la pollution atmosphérique est de son côté à nuancer, et a tendance à être surestimé par les pouvoirs publics. Plus globalement, les risques engendrés par la pratique du vélo peuvent décourager les collectivités territoriales, mais également les individus.

L'étude de la politique d'encouragement de la pratique du vélo à Strasbourg, ville où ce moyen de transport a la part modale la plus importante de France peut permettre de voir si cette politique est inscrite dans une politique globale de santé (la communauté urbaine de Strasbourg a rejoint le réseau des Villes-Santé en 2011). L'agglomération strasbourgeoise est en effet le territoire français où la part modale du vélo est la plus élevée (8% des déplacements sont effectués en vélo, et 14% dans le centre élargi de la ville de Strasbourg), avec une culture importante et ancienne du vélo urbain, bien avant la mise en place du Vel'hop en 2010. La communauté urbaine de Strasbourg a entamé en 2012 une initiative originale afin d'encourager la pratique du vélo pour des raisons de santé, en prescrivant le vélo sur ordonnance d'un médecin généraliste¹⁵⁰. La communauté urbaine de Strasbourg, en

¹⁵⁰ « Des vélos sur ordonnance », *Dernières nouvelles d'Alsace*, 1^{er} avril 2012.

charge du système de vélos en libre service (Vel'hop), a proposé d'offrir un abonnement annuel au Vel'hop (environ 80 Euros) aux personnes qui souffrent d'obésité, d'hypertension artérielle, de diabète ou de maladies cardio-vasculaires, si l'activité physique est recommandée par le médecin généraliste. La communauté urbaine de Strasbourg rassemble plusieurs spécificités qui ont pu encourager cette nouvelle perception de la pratique du vélo, moins centrée sur les problématiques environnementales. Plus largement, le Plan de déplacements urbains de la communauté urbaine a inscrit la santé comme l'une de ses priorités, au même titre que la réduction de la pollution et du trafic automobile¹⁵¹ : les bénéfices pour la santé ne sont pas considérés comme des impacts indirects des améliorations de l'environnement. Le PDU doit assurer un équilibre durable entre les besoins en matière de mobilité et de facilité d'accès d'une part, et la protection de l'environnement et de la santé d'autre part »¹⁵². Outre les souhaits de réduire l'accidentologie, d'améliorer l'accessibilité pour les personnes handicapées et la réduction de la pollution, le Plan Santé de Strasbourg comporte un quatrième volet concernant l'articulation de la politique de déplacements et de la santé : « les objectifs d'augmentation des parts modales de la marche et du vélo doivent s'appuyer sur l'impérieuse nécessité d'utiliser les déplacements du quotidien pour réduire la sédentarité et l'épidémie d'obésité dont souffrent 17,8% des Alsaciens. L'objectif est de sensibiliser différentes cibles prioritaires que sont les salariés (plans de déplacement d'entreprises), les scolaires (plans de déplacement école) et les ménages à revenus modestes, premières victimes de la sédentarité (aménagements, vélo-écoles, stationnement sécurisé,...) »¹⁵³ et de l'augmentation des prix des carburants. L'articulation entre le Plan Santé et le Plan local d'urbanisme s'appuie à la fois sur la dimension sanitaire et sur la dimension environnementale. Le Plan Santé souligne que la conception de l'aménagement urbain peut inciter à effectuer une activité physique, mais également à adopter des comportements plus favorables à l'environnement.

La transversalité des politiques à l'intersection de l'environnement et de la santé s'opère plus facilement à l'échelle locale et en milieu urbain, par des actions concrètes et ponctuelles. Les études d'impact sur la santé, promues par l'OMS, quelques Etats et le réseau des Villes-Santé, peuvent être un outil permettant de concilier les problématiques de santé et

¹⁵² Extrait du Plan Santé de la Communauté urbaine de Strasbourg. Disponible à l'adresse : <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/enjeux-sante-publique/plan-sante-cus>

¹⁵³ Plan Santé de Strasbourg

d'environnement posées par les politiques publiques, et en particulier dans l'aménagement urbain.

2. Les études d'impact sur la santé : un outil de réconciliation de l'environnement et de la santé ?

La démarche d'étude des impacts sur la santé est soutenue par l'OMS, et plus particulièrement par le réseau européen des Villes-Santé, qui la considèrent comme un outil permettant de mieux intégrer la santé et le bien-être dans les politiques. Dans la mesure où elles s'appuient sur l'ensemble des déterminants de la santé, les EIS dépassent l'approche déterministe qui s'est développée avec l'essor de la santé-environnement. Les EIS constituent-elles un moyen de rapprocher la réduction des risques pour la santé et la conception d'un environnement favorable à la santé ? Si la France n'a pas développé les EIS à l'échelle nationale (en partie car la conception biomédicale de la santé reste dominante), certains pays développés les ont inscrites dans la loi, avec des résultats mitigés. L'échelle nationale, voire internationale, n'est alors peut-être pas l'échelle la plus pertinente pour les EIS, dont certaines collectivités territoriales, y compris en France, se sont emparées.

2.1. Principes et méthodes des études d'impact sur la santé

Les études d'impact sur la santé ont deux origines connues (Coté, 2008). Elles ont, d'abord, constitué un volet des études d'impact sur l'environnement, qui se sont développées à partir de 1969 aux États-Unis. La loi sur la protection de l'environnement impose à tout projet financé par l'Etat fédéral de faire l'objet d'une étude d'impact sur l'environnement. Elles ont, aussi, connu un développement accéléré grâce au souhait de l'OMS et d'États d'élaborer des politiques favorables à la santé : le réseau des Villes-Santé est notamment l'une des courroies de transmission des EIS.

Plusieurs méthodes d'EIS ont été élaborées à la fin des années 1990 (Simos, in Richoz, 2010), dans plusieurs pays¹⁵⁴. Au Canada, la Colombie-Britannique a mis en place dès 1993 un système simple, de type « boîte à outils » : les ministères devaient répondre à onze questions, chaque question faisant référence à une catégorie de déterminants de la santé. Les autres modèles d'EIS sont issus des collectivités locales ou de chercheurs en santé publique, signe de la faiblesse de l'investissement des autorités nationales dans la démarche d'EIS. La Suède, le pays de Galles et Liverpool ont également établi des méthodes d'EIS à la fin des années 1990. Les EIS du Pays de Galles mettent l'accent sur les inégalités de santé et la participation de la population. La simultanéité de la mise en œuvre d'EIS, synthétisées par le consensus de Göteborg, montre l'intérêt porté aux impacts sur la santé. Celles-ci se sont structurées à partir du « consensus de Göteborg »¹⁵⁵ en 1999, qui a permis d'harmoniser les démarches expérimentales déjà existantes afin de les développer. Les EIS y sont définies comme « une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population »¹⁵⁶. La démarche d'EIS repose sur deux objectifs généraux. L'identification des impacts potentiels d'un projet, d'une politique ou d'un programme sur la santé des individus, qu'ils soient positifs ou négatifs, est le premier objectif. L'EIS comporte ainsi une très forte dimension prospective. Le second objectif est d'agir sur les décisions politiques en fonction du résultat obtenu : l'EIS ne se limite pas à un état des lieux des impacts sur la santé mais constitue un réel outil d'aide à la décision. Le consensus de Göteborg indique les valeurs sur lesquelles repose une EIS : démocratie, équité, développement durable et utilisation éthique des données probantes. Les EIS ne doivent pas être strictement bureaucratiques et la population est partie prenante de la réalisation de l'EIS. L'EIS du projet d'aménagement de la halte ferroviaire de Pontchaillou à Rennes, qui est l'une des premières EIS réalisées en France (en 2011), a fait participer les riverains à l'étude expérimentale : les conseils de quartier, qui permettent le dialogue entre les habitants, les élus et les services municipaux, ont été utilisés comme support de la participation des habitants au projet. La réduction des inégalités de santé au sein de la population figure également parmi les valeurs de l'EIS : si l'amélioration globale de l'état de santé de la population est un objectif, les populations les plus vulnérables constituent un public prioritaire. Le développement durable est ici défini dans une acception plutôt prospective. Les mesures prises par l'EIS

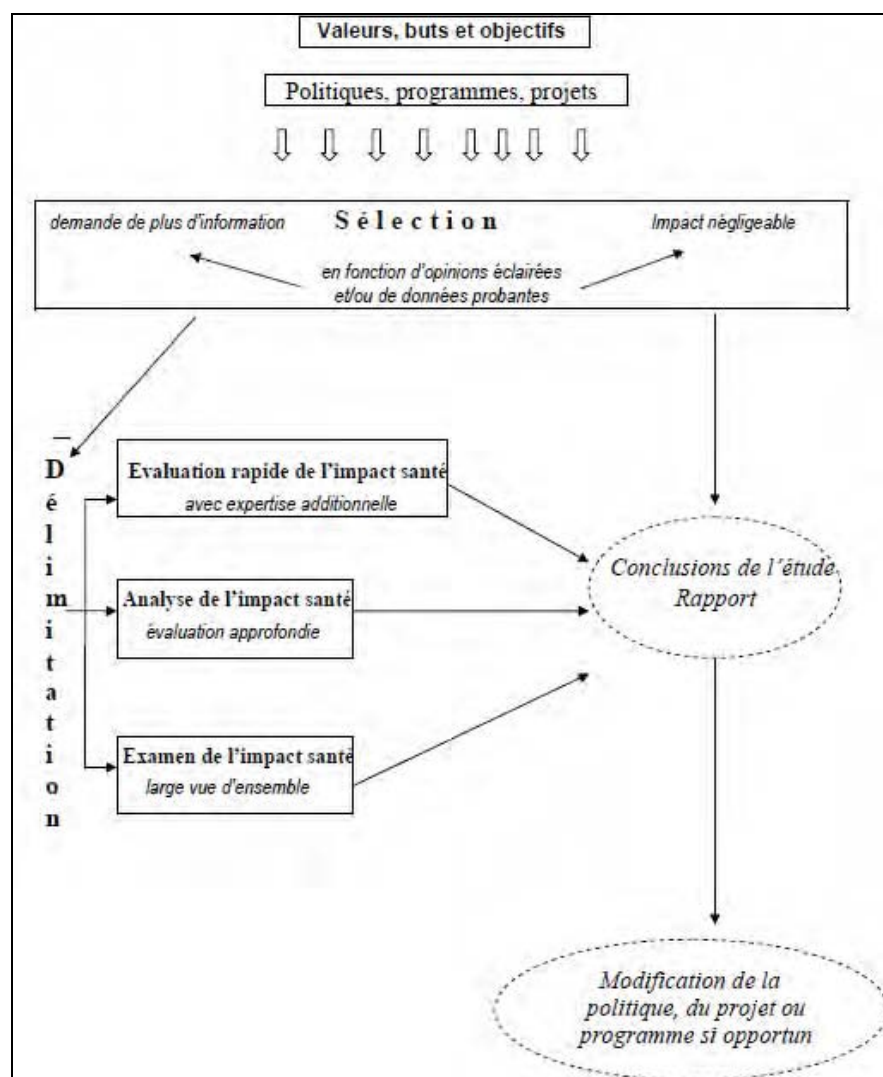
¹⁵⁴ http://www.londonhealth.gov.uk/pdf/r_hia6.pdf

¹⁵⁵ Disponible à l'adresse : <http://www.ssents.uvsq.fr/IMG/pdf/gothenburgpaperfr.pdf>

¹⁵⁶ Consensus de Göteborg, 1999.

doivent s'inscrire sur le temps long. La date à laquelle a été rédigé ce document qui sert de référence internationale explique que le développement durable ne soit pas défini dans une acception plus environnementale, ce dernier étant devenu progressivement synonyme de protection de l'environnement (pour les pays développés), à partir du sommet mondial sur le développement durable à Johannesburg en 2002 : il rappelle ainsi la nécessité de ne pas oublier la dimension sociale du développement durable, qui a progressivement été gommée. Enfin, la dernière valeur sur laquelle repose une EIS est la transparence et la rigueur, à la fois dans la qualité des données et dans leur traitement.

Figure 13 : La modélisation de la démarche d'étude d'impact sur la santé (consensus de Göteborg)



Source : Consensus de Göteborg, 1999 (traduction S2D/centre collaborateur des Villes-Santé francophones, 2005)

La démarche de l'EIS comporte six étapes (cf. figure ci-dessus) : la sélection, la délimitation, l'évaluation, la rédaction du rapport, la modification du projet ainsi que le suivi des modifications. Tout type de projet, de programme ou de politique peut faire l'objet d'une EIS : l'échelle de l'objet n'a pas d'importance particulière. La délimitation de l'étude permet de définir plus précisément ce qui va être analysé : l'EIS menée par la Ville de Rennes sur la crèche Colette en 2008 a par exemple été limitée aux problématiques des transports des personnels et des parents, aux économies d'énergie, à la participation des parents et à un changement des pratiques (utilisation raisonnée des produits d'entretien, mobilier de qualité, introduction des couches lavables). Le choix des thématiques analysées dépend en grande partie du temps et du budget accordés pour effectuer l'étude. Les EIS les plus complètes analysent l'ensemble des impacts potentiels d'un projet sur la santé. Une EIS prospective sur l'implantation d'éoliennes¹⁵⁷, menée dans le Jura suisse, aborde ainsi tous les enjeux possibles : bruit, infrasons et basses fréquences, effet stroboscopique, sécurité, impact sur les paysages en relation avec la santé, aspects sociaux (acceptation sociale des éoliennes). L'étude établit vingt et une recommandations aux institutions qui ont commandité l'étude (le Département de la Santé, des Affaires sociales et le Département de l'Environnement et de l'Équipement du canton du Jura). Ces recommandations sont issues d'une analyse prospective : le parc éolien n'étant pas installé, l'EIS comportait une dimension largement prospective, en s'appuyant sur les résultats de la littérature scientifique. Les recommandations du rapport peuvent être techniques (« prendre en compte dans le choix des éoliennes, caractérisées par une amélioration acoustique de la nacelle ») ou plus générales (« prévoir la participation de la population dans l'élaboration de la politique énergétique cantonale, notamment le volet éolien »).

Les EIS pratiquées sont variées dans la forme, afin de s'adapter à l'objet évalué. Les EIS peuvent être rapides ou plus complètes, en fonction de l'importance accordée par l'initiateur de l'EIS. Une EIS rapide (moins d'un mois) est surtout alimentée par la bibliographie scientifique afin de donner des indications sommaires sur les impacts éventuels sur la santé. L'EIS complète a une visée plus exhaustive, avec une analyse fondée sur le terrain (rencontre avec les acteurs institutionnels et la population). Elle nécessite davantage de moyens financiers et humains. L'EIS peut être effectué lors de plusieurs étapes du projet étudié : elle peut être prospective, concomitante ou postérieure. La plupart des EIS menées

¹⁵⁷ http://www.impactsante.ch/pdf/EIS_Eoliennes_2012.pdf

dans les pays où elles sont le plus développées (Royaume-Uni, Suisse, Canada) ont une dimension prospective. L'intérêt des EIS réside ainsi, pour les commanditaires des études, dans l'anticipation et la possibilité d'amender les projets en fonction de leurs éventuels impacts sur la santé.

2.2. Les EIS : des impacts limités sur les politiques

Bien que les principes des EIS fassent l'objet d'un « consensus » à l'échelle mondiale, l'utilisation de celles-ci est hétérogène. Alors qu'elles sont obligatoires dans certains pays, avec un succès limité, elles sont inexistantes dans d'autres. En France, seules quelques municipalités, parmi les plus dynamiques des Villes-Santé (cf. chapitre 5) s'en sont emparées. Malgré tout, les EIS ne dépassent pas encore le stade expérimental, et peuvent parfois apparaître comme accessoires aux yeux des acteurs extérieurs au monde professionnel de la santé.

2.2.1. Les EIS : une référence internationale ?

L'OMS et l'Union européenne ont inscrit les EIS dans leurs actions respectives, sans toutefois influencer de façon déterminante les politiques nationales de santé, qui restent le domaine réservé des États. Un programme de l'OMS soutient le développement des EIS à travers le monde grâce à un réseau de centres collaborateurs présents en Australie, au Québec, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. La localisation de ces centres collaborateurs, qui sont tous implantés dans des universités, montre que les EIS sont une préoccupation des pays développés. Le développement des EIS est du ressort des bureaux régionaux de l'OMS, en particulier du bureau européen. Par exemple, le programme PAVEL (« *Enhanced policy advice on environment and health in Europe* »), organisé par le bureau européen en collaboration avec la Commission européenne, a pour objectif d'évaluer l'impact sur la santé et sur l'environnement de l'aménagement urbain.

L'article 152 du Traité d'Amsterdam précise qu'un « haut niveau de protection de la santé humaine » doit être garanti dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques communautaires. L'Union européenne a développé les études d'impact de ses propres politiques, y compris les impacts sur la santé. Chaque Direction générale de la Commission

européenne doit effectuer des études sur l'impact de ses décisions dans trois domaines¹⁵⁸ : impacts économiques, impacts sociaux, impacts environnementaux, soit les trois piliers du développement durable, bien que cette dimension ne soit pas affichée ainsi par l'Union européenne. La Direction générale « Santé et consommateurs » élabore ainsi des études d'impact de ses politiques dans ces trois domaines.

2.2.2. Les EIS inscrites dans les législations nationales

Certains États se sont intéressés aux EIS, et les ont intégrées dans leurs politiques publiques. Le Canada est le pays qui a le plus développé les études d'impact et qui les valorise dans les politiques publiques. Quatre types d'études d'impact y ont été recensés¹⁵⁹ : l'évaluation de l'impact sur la santé (EIS), l'évaluation des impacts sur l'environnement, l'évaluation environnementale stratégique et l'évaluation des risques. Les EIS sont inscrites dans la loi canadienne, signe de leur importance politique. L'article 54 de la Loi de santé publique votée en 2001 au Québec donne un rôle important au ministre en charge de la santé, qui « est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population ». A l'image des Villes-Santé qui doivent élaborer des politiques publiques favorables à la santé à l'échelle locale, toutes les politiques définies par la province du Québec doivent être favorables à la santé et recevoir l'aval du ministère de la santé. La loi comporte deux aspects : les ministres doivent se référer au ministre de la santé et indiquer l'impact sur la santé que pourrait avoir leur projet de loi, mais le ministre de la santé peut, de son propre chef, évaluer l'impact sur la santé d'une politique souhaitée par un autre ministre. Un bilan a été effectué dix ans après la mise en place effective de la loi¹⁶⁰ : les ministères ont formulé 519 demandes auprès du ministère de la santé et 20% d'entre elles ont conduit à des modifications du projet de loi initial. Le développement des demandes auprès du ministère de la santé en amont du projet de loi montre une appropriation progressive du dispositif par les autres ministères. Certains ministères sont plus réceptifs que d'autres à l'EIS : « les ministères et organismes à vocation sociale adhéraient davantage à la démarche que les ministères et

¹⁵⁸ www.strategie.gouv.fr/system/files/5c6e713cd01.pdf

¹⁵⁹ http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1289_QuatreTypesEvalImpactUtilisesCanada.pdf

¹⁶⁰ <http://www.ccnpps.ca/docs/Article54fran%C3%A7ais042008.pdf>

organismes à vocation économique »¹⁶¹. La situation est identique aux relations entre les services municipaux de santé et les autres services des Villes-Santé : les institutions qui abordent de façon indirecte les questions de santé, à travers les services rendus aux populations, sont plus sensibles à la santé que les services plus techniques. D'autres provinces canadiennes ont intégré les EIS dans leurs lois de santé publique, à la suite du Québec. La Colombie-Britannique et l'Alberta ont inscrit les EIS dans leurs lois de santé publique respectives. La loi de santé publique de Colombie-Britannique (2008) indique que le ministre en charge de la santé « évalue et conseille, le gouvernement sur les actions du gouvernement qui peuvent avoir un impact sur la santé (paragraphe d, article 61).

Une réflexion est menée à l'échelle fédérale afin de déterminer si l'évaluation d'impact sur la santé peut être menée à une telle échelle (Keon et Pepin, 2009¹⁶²) : une commission sénatoriale de réflexion sur la politique de santé a recommandé la généralisation des EIS à l'échelle du Canada, après avoir auditionné les acteurs : « Le gouvernement du Canada [devrait] recourir aux études d'impact sur la santé pour chaque proposition de programme, de projet ou de politique susceptibles d'avoir des conséquences importantes sur la santé [...] et encourager l'utilisation des EIS dans toutes les provinces et territoires » (*idem*).

Bien que la Colombie-Britannique ait été pionnière dans la mise en place des EIS (la première EIS a été effectuée en 1993), la démarche a été abandonnée dès 1998¹⁶³. Le ministère de la santé avait édité en 1994 un guide sur les EIS à destination des autres ministères, qui devaient effectuer des EIS en vertu d'une loi de santé publique votée en 1993 (« *New directions for a healthy British Columbia* »). Les raisons de l'échec sont diverses : la réorganisation interne du ministère de la santé suite à des élections a fait disparaître le département en charge des EIS, alors que les élections ont été gagnées par le parti sortant, le Nouveau parti démocrate. L'absence de cadre législatif¹⁶⁴ contraignant a également conduit à la disparition des EIS dans cette province.

¹⁶¹ *idem*

¹⁶² <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-e.pdf>

¹⁶³ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-245-02.pdf>

¹⁶⁴ *idem*

Au Québec, la répartition des demandes d'EIS en fonction du ministère d'origine montre que la santé est la préoccupation de certains ministères en particulier. Un tiers des demandes d'EIS est issu du Ministère du développement durable et de l'environnement entre 2003 et 2008¹⁶⁵ (62 demandes sur un total de 183). Trois autres ministères sont à l'origine d'un autres tiers des demandes : Le Ministère de l'Agriculture et de l'alimentation (14% des demandes), le Ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale (12%) et le Ministère des affaires municipales et des Régions (10%). La dimension environnementale de la santé est très forte.

En Europe, la Suisse est le pays qui a particulièrement développé la démarche de l'EIS, en s'appuyant sur l'expertise de l'association « Equiterre », spécialisée dans le conseil aux collectivités territoriales dans les domaines du développement durable et de la santé, mais également du Dr. Jean Simos, universitaire (Groupe de recherche en environnement et santé, université de Genève) et président du centre collaborateur des Villes-Santé francophones à la suite de la rennaise Annette Sabouraud. Le contexte est particulièrement porteur en Suisse depuis le vote, à l'échelle fédérale, de la Loi sur la prévention et la promotion de la santé¹⁶⁶. L'article 7 stipule que « Le Conseil fédéral peut prévoir que les répercussions, sur la santé de la population ou sur celle de certains groupes de personnes, des affaires du Parlement et du Conseil fédéral d'une certaine portée soient déterminées au préalable. Les résultats servent à optimiser les projets ainsi qu'à informer les décideurs des effets probables. Le Conseil fédéral s'appuie sur des instruments similaires existants et veille à une coordination judicieuse. ». Les EIS conduites en Suisse couvrent deux domaines en particulier : actions de prévention ou de promotion de la santé (tabagisme passif, interdiction de vente d'alcool, promotion du vélo à assistance électrique,...) et opérations d'aménagement (zone d'activités régionales de Délémont, projets touristiques, projet d'aménagement de l'agglomération franco-valdo-genevoise,...).

Les EIS imposent une transversalité qui est loin d'être acquise : elles ont un impact sur la relation entre les ministères ou entre les champs de délégations de responsabilités. Les ministères craignent en partie d'être dépossédés de leurs attributions au profit du ministère de la santé (on retrouve les mêmes inquiétudes de la part d'élus locaux vis-à-vis de certains élus

¹⁶⁵ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-245-02.pdf>

¹⁶⁶ Disponible à l'adresse : <http://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/1638/Vorlage2.pdf>

à la santé qui souhaitent être partie prenante de toutes les décisions¹⁶⁷). Ceci explique la faiblesse du développement des EIS dans les pays qui ont adopté une vision globale de la santé, voire leur absence dans les pays qui ont encore une conception biomédicale de la santé et une approche assez cloisonnée des politiques publiques comme la France.

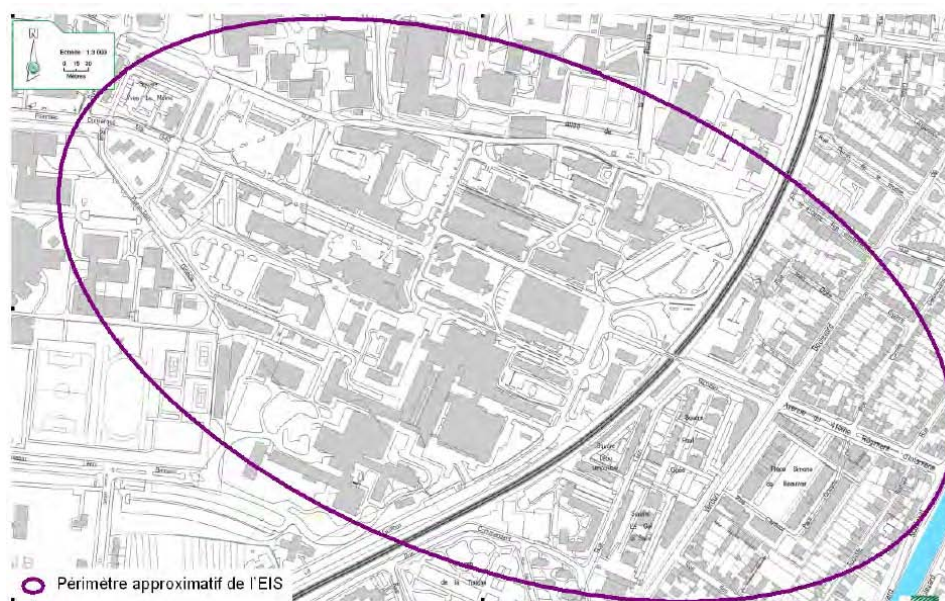
2.2.3. Les EIS en France : une démarche expérimentale menée par quelques municipalités

La France est particulièrement en retard dans la mise en œuvre des EIS, si on la compare aux États précédents. Celles-ci ne sont pas inscrites dans la loi comme au Canada ou en Suisse, et ne sont donc pas obligatoires. La démarche est encore peu connue, et peu pratiquée par les personnes qui y sont sensibilisées. Trois municipalités ont effectué des EIS : Brest, Rennes et la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines. L'EIS de Brest, déjà évoquée, portait sur l'impact sanitaire d'une installation portuaire sur la santé des riverains. L'EIS a été menée sans s'appuyer sur la méthode définie par le consensus de Göteborg, mais résultait d'une démarche locale, sans faire appel à des experts extérieurs à la ville : la méthode a été construite au fur et à mesure de l'EIS. La démarche de la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines est différente. L'Institut de promotion de la santé a fait appel aux experts suisses (Association Equiterre et Jean Simos) afin de réaliser une EIS sur un projet d'aménagement (Eco-pôle Saint-Quentin-en-Yvelines Ecosystème). La recherche d'une expertise étrangère montre, par contraste, l'absence de réflexion sur les EIS en France. Le personnel de la communauté d'agglomération connaissait déjà ces experts, par l'intermédiaire du réseau francophone des Villes-Santé. L'EIS est menée sur un programme d'éco-quartier, l'écopôle « SQYES » (Saint-Quentin en Yvelines Eco-système). L'EIS est effectuée sur un projet d'aménagement qui tient particulièrement compte des aspects environnementaux : elle permet d'intégrer la santé avant que le projet ne soit réalisé (EIS prospective). Le choix du terrain d'expérimentation est déterminant, et peut être comparé à l'EIS menée par la ville de Rennes en 2008. Les EIS sont dans un premier temps consacrées à des projets innovants, qui dépassent les exigences de la législation en vigueur : il est plus facile d'intégrer une démarche innovante (les EIS) dans des projets globaux eux-mêmes innovants (éco-quartiers, bâtiment HQE,...).

¹⁶⁷ Situation vécue par l'adjointe la santé de la ville de Rennes (élue entre 1995 et 2008)

La seconde EIS effectuée par la ville de Rennes est originale dans la mesure où elle s'intéresse à un projet d'aménagement plus traditionnel. Le choix du périmètre de l'EIS du réaménagement de la halte ferroviaire a été soumis à des contraintes matérielles et temporelles : l'EIS a été élaborée dans le cadre d'un stage par une étudiante en génie sanitaire de l'EHESP. Le type de projet envisagé à l'origine était un projet d'aménagement, afin de s'inscrire dans les objectifs des Villes-Santé européennes (le bureau européen de l'OMS incite les Villes-Santé à élaborer des « environnements favorables à la santé » et à s'appuyer sur les EIS). Bien que les projets d'aménagement soient nombreux sur le territoire communal, le choix s'est porté sur un projet de dimension modeste, plutôt que d'envisager une zone d'aménagement concertée d'une superficie relativement importante. L'objectif principal du projet de réaménagement de la halte ferroviaire est la mise aux normes d'accessibilité avant 2015, dans le cadre de la loi sur le handicap de 2005. En effet, la halte n'est pas encore accessible aux personnes handicapées et l'accès est rendu difficile par un défaut d'entretien et de signalisation de la halte, alors qu'elle se trouve à proximité d'autres infrastructures de transport (station de métro) et du plus gros employeur de Rennes (le CHU, qui compte 7 388 salariés équivalent temps plein en 2010). Il comporte également deux objectifs secondaires : faire face à la croissance du trafic de passagers de cette halte ferroviaire et réduire l'effet de coupure physique entre deux quartiers (le CHU et l'université à l'Ouest de la voie ferrée, le quartier résidentiel à l'Est : cf. figure 14), opérée par la voie de chemin de fer. L'EIS intervient en début de processus et a une visée prospective, comme la plupart des EIS. Les trois objectifs étaient « d'intégrer la dimension santé dans le projet en maximisant les effets positifs et minimisant les effets négatifs en termes de santé et de développement durable, d'aider à la prise de décisions et de mettre en place un outil méthodologique propre à l'EIS pour les projets d'aménagements urbains pouvant servir de base pour de futurs projets de même nature. » (Toullec, 2011). La démarche est ainsi encore au stade expérimental et a pour objectif d'élaborer une méthode d'analyse reproductible sur d'autres projets d'urbanisme.

Figure 14 : Périmètre approximatif de l'EIS de la halte ferroviaire de Pontchaillou



Source : Toullec, 2011, p.27

Contrairement aux EIS rapides, l'EIS de la halte ferroviaire s'est appuyée également sur un travail de terrain effectué par l'ingénieure-stagiaire : observations des aménagements existants, entretiens avec les différents acteurs du projet (dont réseau ferré de France). Cinq axes ont composé ses recherches : les déplacements et les transports (piétons, cyclistes, automobiles), l'aménagement des abords de la halte, l'environnement, la participation de la population et le contenu du bâtiment multi-services.

Le nombre d'acteurs participant à l'EIS du réaménagement de la halte ferroviaire a été élargi par rapport à la première EIS menée en 2008 sur une crèche. Le service santé environnement de la Ville, ainsi que l'association S2D, sont les acteurs principaux : S2D apporte une expertise internationale au service municipal, qui est dans une démarche plus opérationnelle. S2D avait déjà effectué en 2005 une EIS d'une ZAC dans la ville d'Acigné à proximité de Rennes, en encadrant une étudiante de l'Institut d'études politiques de Rennes¹⁶⁸. La seconde EIS implique également le service d'urbanisme de Rennes métropole (le chargé de mission « urbanisme et santé » et « urbanisme et vieillissement » de Rennes métropole a co-encadré la stagiaire) ainsi que l'École des hautes études en santé publique (EHESP). La transformation de l'École nationale de santé publique en EHESP a ouvert

¹⁶⁸ BONNETIER C., L'application d'EIS/ développement durable aux projets des villes. Analyse des atouts de l'évaluation de la 'valeur santé' des politiques publiques. Mémoire de Master « Expertise de l'action publique territoriale », 2005, 101 p. Disponible à l'adresse : <http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/fichier.php/69/EtudeEIS.pdf>

l'école sur son environnement local, en réorientant ses activités vers la recherche et plus seulement la formation des cadres de santé. Les publics visés par l'EIS sont variés : les personnes à mobilité réduite sont le public principal, étant donné les difficultés actuelles d'accès à la halte ferroviaire, inadaptée, mais aussi les usagers du TER, du CHU et les habitants des quartiers situés à proximité. Le développement des mobilités douces et la réduction du trafic automobile ont ainsi été désignés comme des objectifs à atteindre afin d'améliorer la santé des usagers et des habitants : la croissance des flux de passagers de TER ne doit pas s'accompagner d'une croissance du trafic automobile, source de pollution atmosphérique et de bruit pour les riverains. Une réflexion sur le bien-être éventuel procuré par les espaces publics est également amorcée. Le traitement des espaces verts, notamment au cœur du CHU (les patients sont amenés à fréquenter ces espaces verts) et le positionnement des bancs ont été modifiés suite à l'EIS.

Les conséquences des deux EIS menées à Rennes sont modestes. Elles ont pu modifier les pratiques à la marge, en sensibilisant les acteurs aux conséquences de leurs actions sur la santé. Cependant, l'EIS n'a pas vocation à être généralisée à court terme. D'autres EIS sont envisagées, mais les questions de coût et d'investissement des personnes rendent incertaine la possibilité d'effectuer d'autres EIS, malgré une forte volonté politique de l' élu à la santé. Lors des premières rencontres régionales sur l'urbanisme, la santé et l'environnement organisées en 2011 par le centre collaborateur des Villes-Santé francophones à Rennes, l'adjoint à l'urbanisme a indiqué que les EIS ne devaient pas être une étude supplémentaire et obligatoire : les études d'impact sur l'environnement occupent déjà une partie du temps ; l'intégration de la santé et du bien-être des habitants et des autres usagers de l'espace aménagé passe plutôt par une sensibilisation des acteurs de l'aménagement aux problématiques de santé, à l'occasion d'une EIS ou de toute autre expérience.

Le développement durable, en devenant un référentiel incontournable des politiques publiques, que ce soit par opportunisme (« *greenwashing* », marketing urbain) ou par réelle conviction politique, a relégué au second plan les enjeux de santé publique en ville. De plus, le développement d'une nouvelle discipline (la santé-environnement) a induit une nouvelle façon de concevoir la santé, l'état de santé d'une population étant alors le résultat de l'exposition à des risques environnementaux. Alors que l'approche par les déterminants de la santé développée initialement par Whitehead et Dahlgren incluait à la fois les déterminants qui pouvaient être bénéfiques pour l'état de santé d'un individu et ceux qui pouvaient le

dégrader sans distinction, la santé environnementale adopte une approche par les risques, dans une approche déterministe et médicale de la santé, où l'exposition à un facteur de risque conduit à une pathologie. La question du bien-être et de la qualité du cadre de vie est alors évacuée.

L'articulation entre l'environnement et la santé renvoie à plusieurs articulations. La première d'entre elles est l'articulation entre le groupe et l'individu. De ce point de vue, environnement et santé sont complémentaires. L'environnement repose sur une responsabilité collective et sur les efforts de tous, la santé repose quant à elle sur la responsabilité de la collectivité, mais également des individus: il s'agit d'adopter des comportements sains, qui favorisent un corps sain (la santé étant définie dans une acception physique, et non psychique et sociale). La seconde articulation s'appuie sur la dialectique risque pour la santé-bénéfice pour la santé. La promotion de la santé s'appuie essentiellement sur les bénéfices pour la santé, notamment par l'intermédiaire de l'information et de l'éducation à la santé. L'approche environnementale de la santé s'intéresse quant à elle principalement aux risques pour la santé, dans une approche qui découle directement du principe de précaution.

La prégnance de l'environnement sur la santé dans les politiques publiques nationales et locales a tendance à gommer la place des inégalités, qu'elles soient sociales ou environnementales. Bien que certaines politiques environnementales soient ciblées, il n'existe pas de politique environnementale populationnelle. La réduction des inégalités sociales n'est pas un élément important des politiques qui sont situées à l'intersection de l'environnement et de la santé, alors que les études sur les usagers des vélos en libre-service montrent une utilisation plus importante par les hommes, par les cadres et les étudiants.

La mise en place des études d'impact sur la santé dans les pays développés, sous l'impulsion de l'OMS, de l'Union européenne ou de certains États, peut atténuer l'approche déterministe et environnementale de la santé qui se développe au détriment d'une approche globale de la santé. L'effet des études d'impact sur la santé est plus important lorsque celles-ci sont portées par les acteurs locaux, qui font preuve de pédagogie vis-à-vis de leurs partenaires. Les EIS constituent une réponse intéressante à la vision tronquée de la santé environnementale (l'environnement comme facteur de risques pathologiques), en insistant sur

la réduction des inégalités, sur le lien social et la participation de la population¹⁶⁹. Elles permettent de sensibiliser des acteurs qui œuvrent pour la santé de la population sans le savoir. L'EIS est malgré tout un outil difficile à manier : l'utilisation de boîtes à outils élaborés *a priori* n'est pas synonyme de réussite. De même, l'obligation par les États ou les organisations supranationales conduit à un résultat limité. Elles peuvent être vécues comme une obligation de plus, d'autant plus qu'elles regroupent des aspects qui dépassent le cadre médical, suscitant parfois l'incompréhension des acteurs qui ont conservé une vision biomédicale de la santé.

¹⁶⁹ Plaquette d'information sur les EIS éditée par la Ville de Rennes et S2D. Disponible à l'adresse : <http://metropole.rennes.fr/politiques-publiques/culture-education-vie-sociale/la-sante/>

Conclusion générale

L'hétérogénéité de l'application locale des principes des Villes-Santé montre la difficulté pour les acteurs locaux de s'approprier des concepts et des modes de gouvernance éloignés des réalités du fonctionnement quotidien d'une municipalité. La conception globale de la santé est partagée par l'ensemble des acteurs du domaine de la santé : services municipaux, associations et, petit à petit, services de l'Etat (par l'intermédiaire de la création des agences régionales de santé). Cependant, la conception globale de la santé se heurte aux enjeux sanitaires locaux, qui nécessitent des interventions ponctuelles : l'urgence ou les événements ponctuels ont tendance à prendre le pas sur une politique intégrée de la santé, qui de fait est reconstituée *a posteriori* dans les plans locaux de santé, dans les contrats locaux de santé. L'adhésion au réseau des Villes-Santé est le supplément d'âme des actions de santé à l'échelle locale et donne de la visibilité à des actions discrètes : les municipalités communiquent davantage sur les projets d'aménagement ou sur le développement économique afin de valoriser leur image auprès des citoyens-électeurs et de l'extérieur, dans un contexte de concurrence métropolitaine. Symboliquement, la place de l' élu à la santé dans l'équipe dirigeante indique la faiblesse de la place de la santé dans les politiques locales, y compris dans les Villes-Santé les plus actives. De plus, la question de l'appartenance politique des élus membres du réseau des Villes-Santé est le signe de la place inégale de la conception globale de la santé selon les formations politiques. En 1990, douze des quatorze villes fondatrices du réseau étaient socialistes, les deux autres étant de majorité radicale. Vingt-deux ans après, cinquante-quatre des quatre-vingts Villes-Santé ont une majorité socialiste ou communiste et six municipalités ont une majorité radicale, malgré le souhait de la présidente du réseau (élue de Nancy issue du Parti radical) de dépasser les courants politiques : si la santé ne constitue pas un enjeu clivant à l'échelle locale entre la majorité et l'opposition, il n'en est pas de même à l'échelle nationale.

Le fonctionnement en réseau, à l'échelle européenne, nationale ou infranationale, sert moins à diffuser les principes des Villes-Santé qu'à partager des expériences entre professionnels. De fait, les élus et les techniciens qui rejoignent le réseau sont déjà convaincus

de l'intérêt d'une approche globale de la santé, et souhaitent améliorer leurs pratiques en échangeant avec des pairs. Le réseau est également un moyen de rompre l'isolement du service municipal de santé, parfois réduit à une seule personne en charge de la prévention et de la promotion de la santé. Le réseau de villes l'emporte parfois sur les principes des Villes-Santé, étant donné qu'il constitue l'un des rares espaces de dialogue entre élus à la santé et professionnels de la santé. En outre, l'usage du réseau est très variable d'une municipalité à l'autre. L'adhésion au réseau est parfois conçue comme une récompense et un label, bien que le réseau des Villes-Santé n'encourage pas ce marketing territorial. Le réseau lui-même n'essaie pas de valoriser son image, et *a fortiori* ne joue pas le rôle de lobby de la santé locale comme le fait l'association « Elus, santé publique et territoires ». Une action plus forte, au-delà des conventions d'ordre technique passées avec le Ministère de la Santé, pourrait encourager et faciliter les initiatives locales de santé, dispersées et hétérogènes.

La diversité des dispositifs locaux de santé (service communal d'hygiène et de santé, service de promotion de la santé, atelier santé ville, centre municipal de santé,...) conduit en effet à une hétérogénéité des politiques locales de santé, qui complique l'intégration de la philosophie des Villes-Santé. Nous avons pu voir que la volonté politique et le dynamisme des équipes locales, déterminants dans le succès du projet local de Ville-Santé, est possible en mutualisant les actions : les objectifs des ateliers santé ville peuvent ainsi par exemple être orientés vers la promotion de la santé, tout en intégrant des événements nationaux comme Octobre Rose ou le Plan national nutrition santé.

Les municipalités sont exposées à des injonctions multiples, issues de toutes les échelles. La ville durable, qui est la principale d'entre elles à l'heure actuelle, a tendance à survaloriser la dimension environnementale des politiques (du moins dans les pays les plus développés). Le corollaire de la ville durable est la responsabilisation, voire la culpabilisation des individus. L'amélioration de l'efficacité des transports en commun au détriment de l'automobile, voire la mise en place de péages urbains dans certaines capitales européennes (Londres, Stockholm), stigmatise les individus qui n'ont bien souvent pas le choix de choisir un autre mode de transport, pour des raisons physiques, économiques,... L'évolution des politiques de santé vers la santé-environnement s'inscrit dans cette dynamique, où chaque individu est responsable de son état de santé.

L'urgence environnementale n'est pas le seul élément susceptible de reléguer les politiques locales de santé au second plan. La réorganisation de l'Etat et des collectivités territoriales, couplée à la recherche d'économies dans un contexte de crise économique mondiale, peut remettre en cause les politiques patiemment mises en place au cours des dernières décennies. La santé n'étant pas une compétence légale des communes, ces dernières n'ont aucune obligation de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé, et *a fortiori* d'intégrer la santé dans toutes leurs politiques. Les réflexions sur une nouvelle répartition des compétences (commission Balladur) ont jusqu'ici épargné les communes, qui conservent la clause générale de compétences qui permet de justifier les politiques innovantes. Ce n'est cependant qu'un sursis : une baisse éventuelle de moyens pourrait inciter les communes à se recentrer sur leurs compétences légales, et donc à se limiter au respect de l'hygiène et de la salubrité publiques.

Une des compétences majeures des municipalités et des intercommunalités, l'aménagement urbain, intègre indirectement les questions de santé, par exemple à travers l'amélioration de l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, la sécurisation des espaces dédiés aux personnes les plus vulnérables. Les réflexions sur les relations entre le modèle de ville (ville compacte, ville étalée) et la santé ouvrent de nouvelles perspectives, en montrant le rôle de l'aménagement des villes sur la santé des individus. Cependant, cette perspective omet la dimension sociale de la ville, en considérant la population comme un ensemble homogène d'individus dénués de libre arbitre. Le niveau socio-économique, les choix et les contraintes individuelles ont un effet plus important sur l'état de santé des individus. Le danger de l'analyse des interactions entre l'aménagement urbain et la santé est de verser dans un spatialisme qui ne tiendrait pas compte des autres déterminants de la santé. L'inversion de l'ordre des facteurs, initiée par Renée Rochefort (récemment disparue) et développée par la géographie sociale, peut être appliquée à l'analyse des interactions entre l'espace urbain et le bien-être des individus.

Les résultats de la recherche menée en trois ans offrent de nouveaux questionnements et de nouvelles perspectives de recherche. Si nous avons pu voir en quoi la santé et le bien-être étaient présents lors de la phase de conception des aménagements, la contribution des lieux et des initiatives localisées à la santé et au bien-être des individus est un aspect qui n'a pas été développé dans le cadre de la recherche. En effet, l'espace n'est pas seulement le produit des actions politiques, il est aussi le résultat de la façon dont les individus y vivent et

se le représentent. La fréquentation du lieu, les types d'usagers, le rapport au lieu pourraient fournir des pistes intéressantes afin de mieux cerner l'impact des aménagements urbains sur le bien-être des habitants. L'analyse de la configuration des espaces susceptibles de favoriser le bien-être, comme les espaces pensés pour les enfants, pourra être complétée par une étude des usages de ces espaces, à travers des enquêtes auprès des usagers. De même, après avoir analysé comment les politiques favorisant l'usage du vélo en ville étaient pensées par les acteurs politiques en fonction de la santé, l'impact sur le bien-être pourrait être évalué au cours de recherches ultérieures. Il s'agit notamment de dépasser la dimension prospective des études d'impact sur la santé, qui reposent généralement uniquement sur des hypothèses élaborées à partir de la littérature scientifique.

Bibliographie

ACHIN C. (dir.), *Sexes, genre et politique*. Paris : Economica, 2007. 184 p.

AHNQUIST, J., WAMALA, S.P., LINDSTROM, M., « Social determinants of health – a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes ». *Social Science & Medicine*, 2012, vol. 74, n°6, p. 930-939.

ALLONIER C., DEBRAND T., LUCAS-GABRIELLI V., PIERRE A., « Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage ». *Questions d'économie de la santé*, février 2009, vol. 139.

ALTER C., HAGE J., *Organizations working together*. Newbury Park : Sage Publications, 1993. 342 p.

AMAT-ROZE J.-M., « Préface », in CHASLES V. (dir.), *Santé et mondialisation*. Lyon : Service édition de l'université Jean Moulin Lyon 3, 2010. 328 p.

AMAT-ROZE J.-M., « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 2011, n°143, p. 13-32.

ARNAUD L., LE BART C., PASQUIER R. (dir.), *Idéologies et action publique territoriale : la politique change-t-elle encore les politiques ?*. Rennes : Presses universitaires de Rennes. 2006. 253 p.

ASHTON J., GRAY P., BARNARD K., « Healthy cities – WHO's new public health initiative ». *Health promotion international*, 1986, vol. 1, n°3, p. 319-324.

ASHTON J., *Healthy cities*. Philadelphia : Open University Press, 1992. 225 p.

Ateliers santé ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : politiques de la ville et de santé publique (2007), Saint-Denis-La Plaine, Editions de la DIV.

ATKINSON S., JOYCE K. E., « The place and practices of well-being in local governance ». *Environment and Planning C: Government and Policy*, 2011, vol. 29, n°1, p. 133-148.

BACIGALUPE A., ESNAOLA S., CALDERÓN C., ZUAZAGOITIA J., ALDASORO E. « Health impact assessment of an urban regeneration project : opportunities and challenges in the context of a southern European city ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010, vol. 64, n°11, p. 950-955.

BAILLY A., *La géographie du bien-être*. Paris : Presses universitaires de France, 1981. 239p.

BANERJEE T., LOUKAITOU-SIDERIS A., *Companion to urban design*, Milton Park, Abingdon, Oxon ; New York : Routledge, 2011. 709 p.

BARLES S., *La ville délétère : médecins et ingénieurs dans l'espace urbain, XVIIIe-XIXe siècle*. Seyssel : Champ Vallon, 1999. 373 p.

BARLES S., « La ville et l'hygiénisme », in VEYRET, Y., LE GOIX, R. (dir.), *Atlas des villes durables*, Paris : La Découverte, 2011. p. 18-19.

BARLES S., « Les villes transformées par la santé, XVIIIe-XXe siècles ». *Les Tribunes de la santé*, 2011, vol. 33, n°4, p. 31-37.

BARTEN F., AKERMAN M., BECKER D., FRIEL S., HANCOCK T., MWATSAMA M., RICE M., SHEUYA S., STERN R., « Rights, Knowledge, and Governance for Improved Health Equity in Urban Settings ». *Journal of Urban Health*, 2011, vol. 88, n°8, p. 896-905.

BARTON H., TSOUROU C., *Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. S2D/Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable, 2004. 178 p.

BARTON H., « Land use planning and health and well-being ». *Land Use Policy*, 2009, vol. 26, suppl. 1, p. S115-S123.

BARTON H. et al., *Healthy urban planning : a WHO guide to planning for people*. Londres : Spon, 2000. 184 p.

BAUM F.-E., « Healthy Cities and change : social movement or bureaucratic tool ? ». *Health promotion international*, 1993, vol. 8, n°1, p. 31-40.

BECH U., *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Aubier, 2001. 521 p.

BEIGBEDER Y., *L'Organisation mondiale de la santé*. 1^{er} éd. Paris : Presses universitaires de France, 1995. 206 p.

BENTLEY R., JOLLEY D., KAVANAGH A. M., « Local environments as determinants of walking in Melbourne, Australia ». *Social Science and Medicine*, 2010, vol. 70, n°11, p. 1806-1815.

BERGERON H., CASTEL P., NOUGUEZ É., « Un entrepreneur privé de politique publique ». *Revue française de science politique*, 2011, vol. 61, n°2, p. 201-230.

BERKMAN L. F., KAWACHI I., *Social epidemiology*. New York : Oxford University Press, 2000. 391 p.

BERRIGAN D., PICKLE L., DILL J., « Associations between street connectivity and active transportation ». *International Journal of Health Geographics*, 2010, vol. 9, n°1. Disponible à l'adresse : <http://www.ij-healthgeographics.com/content/9/1/20>.

BLANPAIN N., « L'espérance de vie s'accroît, les égalités sociales face à la mort demeurent », *INSEE Première*, n°1372, octobre 2011.

BOARNET M. G., « About This Issue : Planning's Role in Building Healthy Cities : An Introduction to the Special Issue », *Journal of the American Planning Association*, 2006, vol. 72, n°1, p. 5-9.

BOARNET M. G., GREENWALD M., MCMILLAN T. E., « Walking, Urban Design, and Health ». *Journal of Planning Education and Research*, 2008, vol. 27, n°3, p. 341-358.

BONNETIER C., L'appliacion d'études d'impact santé / développement durable aux projets des villes. Mémoire de master « Expertises de l'action publique et territoriale », IEP de Rennes, 2005. 101 p. Disponible à l'adresse : <http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/fichier.php/69/EtudeEIS.pdf>

BOONEKAMP G. M. M., COLOMER C., TOMÁS A., NUÑEZ A., « Healthy Cities Evaluation : the co-ordinators perspective ». *Health Promotion International*, 1999, vol. 14, n°2, p. 103-110.

BORST H. C. et al. « Relationships between street characteristics and perceived attractiveness for walking reported by elderly people ». *Journal of Environmental Psychology*, 2008, vol. 28, n°4, p. 353-361.

BOUCHARD C., PERUSSE L., RICE T. et al., « Genetics of human obesity », in BRAU G.-A., BOUCHARD C., *Handbook of obesity*. New York : Marcel Dekker, 2003.

BOURDELAIS P., FAURE O., *Les nouvelles pratiques de santé*. Paris : Belin, 2004. 382 p.

BOURDELAIS P., FIJALKOW Y., « French Cities and the origins of medical and social policy : late 19th - 20th century France », in ABREU L. (dir), *European Health and Social Welfare policies*. La Corogne : Compostela group of universities, 2004, p. 360-373.

BOURDELAIS P., « L'échelle pertinente de la santé publique au XIXe siècle : nationale ou municipale ? ». *Les Tribunes de la santé*, 2007, vol. 45, n°14, p. 45-52.

BRENNER N., « Globalisation as Reterritorialisation: The Re-scaling of Urban Governance in the European Union ». *Urban Studies*, 1999, vol. 36, n°3, p. 431-451.

BROWN T., MOON G., « From Siam to New-York : Jacques May and the 'foundation' of medical geography ». *Journal of Historical Geography*, 2004, vol. 30, n°4, p. 747-763.

BROWN T. M., CUETO M., FEE E., « The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health ». *American Journal of Public Health*, 2006, vol. 96, n°1, p. 62-72.

BROWN T., BELL M., « Imperial or postcolonial governance ? Dissecting the genealogy of a global public health strategy ». *Social Science & Medicine*, 2008, vol. 67, n°10, p. 1571-1579.

BROWN T., *A companion to health and medical geography*. Oxford : Wiley-Blackwell, 2010. 610 p.

BURTON S., « Evaluation of Healthy City projects : stakeholder analysis of two projects in Bangladesh ». *Environment and Urbanization*, 1999, vol. 11, n°1, p. 41-52.

CALVEZ M., « Les signalements profanes de Clusters de cancers : « Epidémiologie populaire » et expertise en santé environnementale ». *Sciences sociales et santé*, 2009, vol. 27, n°2, p. 79-106.

CAPELLO R., « The City Network Paradigm: Measuring Urban Network Externalities ». *Urban Studies*, 2000, vol. 37, n°11, p. 1925-1945.

CARRICABURU D., MÉNORET M., *Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, 2004. 235 p.

CASTELLS M., DELAMARE P. *La société en réseaux*. Paris : Fayard, 1998. 613 p.

CHAIX B., « Villes et santé : consolider le dialogue entre santé publique et aménagement urbain », *Questions de santé publique*, 2012, vol. 17. Disponible à l'adresse : http://www.iresp.net/imgs/publications/120619235255_qspn-17-villes-et-sa.pdf

CHASLES V. (dir.), *Santé et mondialisation*. Lyon : Service édition de l'université Jean Moulin Lyon 3, 2010. 328 p.

CHATZICOCOLI S., SYRAKOY A.-C., « Historical conceptions of a healthy city : the Greek paradigm », *Archnet-IJAR*, Vol. 3, n° 1, 2009, p. 14-29. Disponible à l'adresse : <http://archnet.org/library/pubdownloader/pdf/10583/doc/DPC1930.pdf>

CHÉDEVILLE A., LE GOFF J., ROSSIAUD J., *Histoire de la France urbaine / des Carolingiens à la Renaissance. Tome 2, La ville médiévale*. Paris: Seuil, 1980. 674 p.

COHEN D. et al., « Impact of a new bicycle path on physical activity ». *Preventive Medicine*, 2008, vol. 46, n°1, p. 80-81.

COLE BL, WILHELM M, LONG PV, FIELDING JE, KOMINSKI G, MORGENSTERN H, « Prospects for health impact assessment in the United States: new and improved environmental impact assessment or something different? », *Journal of health politics, policy and law*, 2004, vol.29, n°6. p. 1153-1186.

CORBURN J., « Urban planning and health disparities : Implications for research and practice ». *Planning Practice and Research*, 2005, vol. 20, n°2, p. 111-126.

COUTARD O., LEVY J.-P. (dir.), *Ecologies urbaines*, Paris : Economica Anthropos, 2010, 371 p.

CRAWFORD D.A., TIMPERIO A.F., SALMON J.A., et al., « Neighbourhood fast food outlets and obesity in children and adults : the CLAN Study ». *International Journal of Pediatric Obesity*, 2008, vol. 3, n°4, p. 249-256.

CRAWFORD J., BARTON H., CHAPMAN T., HIGGINS M., CAPON A. G., THOMPSON S. M., « Health at the heart of spatial planning strengthening the roots of planning health and the urban planner health inequalities and place planning for the health of people and planet : an Australian perspective ». *Planning Theory & Practice*, 2010, vol. 11, n°1, p. 91-113.

CUMMINS S., STAFFORD M., MACINTYRE S., MARMOT M., ELLAWAY A., « Neighbourhood environment and its association with self rated health : evidence from Scotland and England », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, vol. 59, n°3, p. 207-213.

CUMMINS S., CURTIS S., DIEZ-ROUX A. V., MACINTYRE S., « Understanding and representing 'place' in health research : A relational approach ». *Social science and medicine*, 2007, vol. 65, n°9, p. 1825-1838.

CURTIS S., CAVE B., « Is urban regeneration good for health ? Perceptions and theories of the health impacts of urban change ». *Environment and Planning C : Government and Policy*. 2002, vol. 20, p. 517-534.

CURTIS S., *Health and inequality : geographical perspectives*. London : Sage publications, 2004. 329 p.

CURTIS S., GESLER W., FABIAN K., FRANCIS S., PRIEBE S., 2007, "Therapeutic landscapes in hospital design: a qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatient unit", *Environment and Planning C: Government and Policy*, 2007, vol. 25, n° 4. p. 591 – 610.

CURTIS, S., GESLER, W., PRIEBE, S. & FRANCIS, S. « New spaces of inpatient care for people with mental illness: a complex "rebirth" of the clinic? ». *Health and Place*, 2009, vol. 15. p. 340-348.

CURTIS S., *Space, place and mental health*. Burlington : Ashgate, 2010. 299 p.

DAHLGREN G., WHITEHEAD M., *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm : Institute for Future Studies, 1991. 69 p.

DAVID O., « Territorialisation des politiques publiques et cohésion nationale : un mariage complexe », in DODIER R. et al., *Territoires en action et dans l'action*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2007. p. 269-283.

DAVID P.-M., « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? ». *Socio-logos*, vol. 6, 2011. Disponible à l'adresse : <http://socio-logos.revues.org/2550>

DE LEEUW, E., « Healthy Cities : urban social entrepreneurship for health ». *Health Promotion International*, 1999, vol. 14, n°3, p. 261-269.

DE LEEUW E., « Global and local (glocal) health : the WHO healthy cities programme ». *Global change & human health*, 2001. vol. 2, n°1, p. 34-45.

DE LEEUW E., « Evidence for Healthy Cities : reflections on practice, method and theory ». *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, suppl. 1, p. i19-i36.

DE LEEUW E., « Do Healthy Cities Work ? A Logic of Method for Assessing Impact and Outcome of Healthy Cities ». *Journal of Urban Health*, 2011, vol. 89, n°2, p. 217-231.

DEVEAUD B., LEMENNICIER B., *L'OMS : bateau ivre de la santé publique ? : les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*. Paris : L'Harmattan, 1997. 177 p.

Direction générale de la santé, Ministère de la Santé français, « Les actions programmées au niveau national (plans stratégiques, plans et programmes) : principes et présentation générale ». *Santé Publique*, 2004, vol. 16, n°4, p. 661-672.

DODIER R., ROUYER A., SÉCHET R., *Territoires en action et dans l'action*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2007. 338 p.

DOORIS M., « Healthy cities and the local Agenda 21 : the UK experience-challenges for the new millennium ». *Health Promotion International*, 1999, vol. 14, n°4, p. 365-375.

DULONG D., *La construction du champ politique*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2010. 375 p.

DUMONS B., POLLET G., *Administrer la ville en Europe : XIXe-XXe siècles*. Paris, L'Harmattan, 2003. 206 p.

DUNN J. R., CUMMINS S., « Placing health in context ». *Social science and medicine*, 2007, vol. 65, n°9, p. 1821-1824.

DUPUY G., MINSTER C., WATEL R., « Environnement urbain et obésité : peut-on transposer en Europe les approches nord-américaines ? ». *Annales de Géographie*, 2011, vol. 682, n°6, p. 604-628.

ELLAWAY A., MACINTYRE S., « Does where you live predict health related behaviours ? A case study in Glasgow ». *Health Bulletin*, 1996, vol. 54, n°6, p. 443-446.

ELIOT E., DAUDE E., « Diffusion des épidémies et complexités géographiques : perspectives conceptuelles et méthodologiques ». *Espace, Populations, Sociétés*, 2006, vol. 2-3, p. 403-416.

ENGELS F., *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*. Paris : Editions sociales, 1973.

EVANS R. G., STODDART G. L., « Producing health, consuming health care ». *Social science and medicine*, 1990, vol. 31, n°12, p. 1347-1363.

EVANS R. G., BARER M. L., MARMOR T. R., *Why are some people healthy and others not ? : the determinants of health of populations*. New York : Walter de Gruyter, 1994. 378 p.

EWING R. et al., « Relationship Between Urban Sprawl and Physical Activity, Obesity, and Morbidity ». *American Journal of Health Promotion*, 2003, vol. 18, n°1, p. 47-57.

FASSIN D., *L'espace politique de la santé essai de généalogie*. Paris : Presses universitaires de France, 1996. 324 p.

FASSIN D., *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*. Paris : Editions la Découverte, 1998. 238 p.

FASSIN D., « Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile : une bio-politique à la française », in BOURDELAIS P., *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles)*. Paris : Belin, 2001.

FLEURET S. (dir.), *Espaces, bien-être et qualité de vie : actes du colloque EQBE « Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ? »*. Angers : Presses de l'Université d'Angers, 2005. 318 p.

FLEURET S., THOUÉZ J.-P., *Géographie de la santé: un panorama*. Paris : Economica : Anthropos, 2007. 301 p.

FLEURET S., ATKINSON S., « Wellbeing, health and geography : A critical review and research agenda ». *New Zealand Geographer*, 2007, vol. 63, n°2, p. 106-118.

FLEURET S., HOYEZ A.-C., *Santé et géographie : nouveaux regards*. Paris : Economica-Anthropos, 2011. 302 p.

FORSYTH A. et al., « Does Residential Density Increase Walking and Other Physical Activity ? ». *Urban Studies*, 2007, vol. 44, n°4, p. 679-697.

FRANCO DE SA R., SCHMALLER V., SALLES R., FREIRE S., « Building a healthy cities network in Pernambouc, Brazil : a scaling-up example ». *Global health promotion*, 2011, vol. 18, n°1, p. 98-101.

FRANK L. D., ENGELKE P. O., « The Built Environment and Human Activity Patterns : Exploring the Impacts of Urban Form on Public Health ». *Journal of Planning Literature*, 2001, vol. 16, n°2, p. 202-218.

FREEMAN L., NECKERMAN K., SCHWARTZ-SOICHER O., QUINN J., RICHARDS C., BADER M. D. M., LOVASI G., JACK D., WEISS C., KONTY K., et al.; « Neighborhood Walkability and Active Travel (Walking and Cycling) in New York City ». *Journal of Urban Health*, 2012, vol. 5, (online first).

FRITZ J.-C., « La « mise en jeu » de la santé par la mondialisation ». *Santé Publique*, 2003, vol. 15, n°3, p. 257-266.

FRODING K., ERIKSSON C., ELANDER I., « Partnership for Healthy Neighbourhoods : City Networking in Multilevel Context ». *European Urban and Regional Studies*, 2008, vol. 15, n°4, p. 317-331.

GARDEN F. L., JALALUDIN B. B., « Impact of urban sprawl on overweight, obesity, and physical activity in Sydney, Australia ». *Journal of Urban Health*, 2009, vol. 86, n°1, p. 19-30.

GATRELL A. C., ELLIOTT S. J., *Geographies of health : an introduction*. Chichester : Wiley-Blackwell, 2009. 282 p.

GESLER W. M., *The cultural geography of health care*. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press, 1991. 245 p.

GESLER W. M., « Lourdes : healing in a place of pilgrimage ». *Health & Place*, 1996, vol. 2, n°2, p. 95-105.

GESLER W. M., *Healing places*. Lanham : Rowman & Littlefield, 2003. 131 p.

GESLER, W., BELL, M., CURTIS, S.E., HUBBARD, P., FRANCIS, S., « Therapy by design: evaluating the UK hospital building program », *Health and Place*, 2004. vol. 10. p.117-128.

GESLER W. M., « Therapeutic landscapes : An evolving theme ». *Health & Place*, 2005, vol. 11, n°4, p. 295-297.

GILES-CORTI B., « People or places : What should be the target ? ». *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2006, vol. 9, n°5, p. 357-366.

GOULD P.R., *The Slow Plague : a geography of the AIDS pandemic*. Cambridge : Blackwell publishers, 1993. 228 p.

GOUMANS M., SPRINGETT J., « From projects to policy : “Healthy Cities” as a mechanism for policy change for health ? ». *Health Promotion International*, 1997, vol. 12, n°4, p. 311-322.

GREEN G., TSOUROS A., « Evaluating the impact of healthy cities in Europe ». *Italian Journal of public health*, 2007, vol. 4, n°4, p. 255-260.

GREEN G., PRICE C., LIPP A., PRIESTLEY R., « Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project ». *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, suppl. 1, p. i37-i44.

GUIGNER S., *L'institutionnalisation d'un espace européen de la santé : entre intégration et européanisation*. 599 p. Thèse : Science politique : Rennes 1: 2008.

GUITE H. F., CLARK C., ACKRILL, G., « The impact of the physical and urban environment on mental well-being ». *Public Health*, 2006, vol. 120, n°12, p. 1117-1126.

GUYOT J.-C., HERAULT B., LAUDOYER P., BARRY S., *La santé publique, un enjeu de politique municipale*. Pessac : Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 2001. 283 p.

HANCOCK T., DUHL L., « The Parametres of a Healthy City. Promoting Health in the Urban Context ». *WHO Healthy City Papers No. 1. Copenhagen: OMS*, 1988.

HANDY S. L., BOARNET M. G., EWING R., KILLINGSWORTH R. E., « How the built environment affects physical activity : Views from urban planning ». *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, vol. 23, suppl. 2, p. 64-73.

HARPHAM T., « Healthy city projects in developing countries: the first evaluation ». *Health Promotion International*, 2001, vol. 16, n°2, p. 111-125.

HENRARD J.-C., ANKRI J., *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes : Édition de l'École nationale de la santé publique, 2003. 277 p.

HERITAGE Z., DOORIS M., « Community participation and empowerment in Healthy Cities ». *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, suppl. 1, p. i45-i55.

HOYEZ A.-C., *L'espace-monde du Yoga : de la santé aux paysages thérapeutiques mondialisés*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2012. 153 p.

JABOT F., LONCLE P., « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers ». *Santé Publique*, 2007. Vol. 19, p. 21-35.

JACKSON L. E., « The relationship of urban design to human health and condition ». *Landscape and Urban Planning*, 2003, vol. 64, n°4, p. 191-200.

JACKSON R. J., « The impact of the built environment on health : an emerging field ». *American Journal of Public Health*, 2003, vol. 93, n°9, p. 1382-1384.

JANSS LAFOND L., HERITAGE Z., « National networks of Healthy Cities in Europe ». *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, suppl. 1, p. i100-i107.

KAWACHI I., BERKMAN L.F., *Neighborhoods and health*. New York : Oxford University Press, 2003. 352 p.

KAYZER B., « L'environnement construit comme déterminant de l'activité physique : la marche ». *Urbia*, 2008, vol. 7, p. 31-41.

KEARNS R. A., « Place and health : towards a reformed medical geography ». *Professional Geographer*, 1993, vol. 45, n°2, p. 139-147.

KEARNS R., « Putting health and health care into place : an invitation accepted and declined », *Professional geographer*, 1994, vol. 46, n°1, p.111-115.

KEARNS R. A., GESLER W. M., *Putting health into place. Landscape, identity and well-being*. New-York : Syracuse University Press, 1998. 339 p.

KEARNS R. A., COLLINS D. C., « New Zealand children's health camps : therapeutic landscapes meet the contract state ». *Social Science & Medicine*, 2000, vol. 51, n°7, p. 1047-1059.

KELLY-SCHWARTZ A. C. et al., « Is Sprawl Unhealthy ? ». *Journal of Planning Education and Research*, 2004, vol. 24, n°2, p. 184-196.

KENZER M., « Healthy cities : a guide to the literature ». *Environment and urbanization*, 1999, vol. 11, n°1, p. 201-220.

KEON, W. J., & PEPIN, L.. *A healthy, productive Canada: A determinant of health approach*. Final report. Ottawa: Subcommittee on Population Health, 2009. Disponible à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-e.pdf>

KICKBUSCH I. *Policy innovation for health*. New York : Springer, 2009.

KNUTSSON I., LINELL A., « Review Article: Health impact assessment developments in Sweden », *Scandinavian journal of public health*, 2010, vol. 38, p. 115-120.

KOKOREFF M., « La propreté du métropolitain. Vers un ordre post-hygiéniste ? » *Annales de la recherche urbaine*, 1991, n° 53, p. 92-102.

LAKE A., TOWNSHEND T., « Obesogenic environments : exploring the built and food environments ». *Perspectives in Public Health*, 2006, vol. 126, n°6, p. 262-267.

LAURAND G., ROUSSET Y., VERNEREY M., *Evaluation des actions confiées par l'Etat aux services communaux d'hygiène et de santé - Rapport de synthèse*. Paris : Documentation Française, 2004. 100 p.

LAWRENCE R. J., « Inequalities in urban areas : innovative approaches to complex issues ». *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, vol. 30, n°59, p. 34-40.

LAWRENCE R. J., FUDGE C., « Healthy Cities in a global and regional context ». *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, suppl. 1, p. i11-i18.

LE GOFF E., SECHET R., « Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ? ». *L'Information géographique*, 2011, vol. 75, n°2, p. 99-117.

LE GOFF E., « Innovations politiques locales, régulation de l'Etat et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) ». *Revue française des affaires sociales*, 2011, vol. 4, p. 158-177.

LESLIE E., COFFEE N., FRANK L., OWEN N., BAUMAN A., HUGO G., « Walkability of local communities : Using geographic information systems to objectively assess relevant environmental attributes ». *Health & Place*, 2007, vol. 13, n°1, p. 111-122.

LONCLE P., « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne ». *Sciences sociales et santé*, 2009, vol. 27, n°1, p. 5-31.

LOPEZ, R., « Urban sprawl and risk for being overweight or obese ». *American Journal of Public Health*, 2004, vol. 94, n°9, p. 1574-1579.

LOUDIYI A., ANGEON V., LARDON S., « Capital social et développement territorial : quel impact spatial des relations sociales ? », communication au colloque « Espaces et sociétés aujourd'hui », Rennes, octobre 2004. Disponible à l'adresse : <http://eso.cnrs.fr/IMG/pdf/los.pdf>

LUCAS-GABRIELLI V., COLDEFY M., « Le territoire comme élément structurant de l'organisation des services de santé ». *Contact santé*, 2011, Hors série n°4, p. 12-14.

MACINTYRE S., ELLAWAY A., CUMMINS S., « Place effects on health : how can we conceptualise, operationalise and measure them ? ». *Social science & medicine*, 2002, vol. 55, n°1, p. 125-139.

MAREC Y., BIARD M., *Villes en crise ? : les politiques municipales face aux pathologies urbaines (fin XVIIIe-fin XXe siècle)*. Paris : Créaphis, 2005. 768 p.

MAAS J. et al., « Green space, urbanity, and health : how strong is the relation ? ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, vol. 60, n°7, p. 587-592.

MAAS J. et al., « Morbidity is related to a green living environment ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, vol. 63, n°12, p. 967-973.

MASSIN I., LAURAND G., COUSTIN H., MERLOZ A., *Evaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé*. Paris : Documentation française, 2009. 459 p.

MATTHEY L., WALTHER O., « Un « Nouvel hygiénisme » ? Le bruit, l'odeur et l'émergence d'une *new middle class* », *Articulo*, vol. 1. 2005. Disponible à l'adresse : <http://articulo.revues.org/931>

MCCARTHY M., RAVELLI R. J., SINCLAIR-WILLIAMS M., « Health impact assessment of the 2012 London Olympic transport plans ». *The European Journal of Public Health*, 2010, vol. 20, n°6, p. 619-624.

McCORMACK G. R., ROCK M., TOOHEY A. M., HIGNELL D., « Characteristics of urban parks associated with park use and physical activity : a review of qualitative research ». *Health & Place*, 2010, vol. 16, n°4, p. 712-726.

MENARD B., « Questions de géographie de la santé », *L'Espace Géographique*, 2002, vol. 31, n° 3, p. 264-275.

MERESMAN S., RICE M., VIZZOTTI C., FRASSIA R., VIZZOTTI P., AKERMAN M., « Contributions for repositioning a regional strategy for Healthy Municipalities, Cities and Communities (HM&C) : results of a pan-American survey ». *Journal of Urban Health*, 2010, vol. 87, n°5, p. 740-754.

MESLE F., VALLIN J., « De la transition épidémiologique à la transition sanitaire ». *Revue de médecine tropicale*, 2007, vol. 67, p. 545-551.

MEYRONIN B., *Marketing territorial : enjeux et pratiques*. Paris : Vuibert, 2012. 225 p.

MITCHELL R., GLEAVE S., BARTLEY M., WIGGINS D., JOSHI H., « Do attitude and area influence health ? A multilevel approach to health inequalities ». *Health Place*, 2000, vol. 6, n°2, p. 67-79.

MONNERAUD L., *L'agir sanitaire: processus et formes d'expression à travers le cas aquitain*. 560 p. Thèse : science politique : Bordeaux IV : 2009.

MONNERAUD L., « L'évolution des référentiels et stratégies d'action sanitaires français : quelle influence des répertoires supra nationaux ? », in CHASLES V. (dir.), *Santé et mondialisation*. Lyon : Service édition de l'université Jean Moulin Lyon 3, 2010.

MOON G., « Health geography » in THRIFT N. J., KITCHIN R. *International encyclopedia of human geography*. Amsterdam; Boston : Elsevier, 2009. p.35-45

MURARD L., ZYLBERMAN P., *L'hygiène dans la République : La santé publique ou l'utopie contrariée : 1870-1918*. Paris : Fayard, 1996. 805 p.

NAERSSSEN A., BARTEN F., « Healthy cities as a political process », in NAERSSSEN A. L. VAN, BARTEN F., *Healthy cities in developing countries : lessons to be learned*. Saarbrücken : Verlag für Entwicklungspolitik Saarbrücken, 2002.

New Zealand. *Healthy places, healthy lives urban environments and wellbeing : a report to the Minister of Health*. Wellington, N.Z. : .Ministry of Health,,2010.

NIELSEN T. S., HANSEN K. B., « Do green areas affect health ? Results from a Danish survey on the use of green areas and health indicators ». *Health Place*, 2007, vol. 13, n°4, p. 839-850.

PAILLETTE C., « De l'organisation d'hygiène de la SDN à l'OMS. Mondialisation et régionalisme européen dans le domaine de la santé, 1919-1954 ». *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin*, 2010, vol. 32, n°2, p. 193-198.

PANTER J., JONES A., « Associations between physical activity, perceptions of the neighbourhood environment and access to facilities in an English city ». *Social Science and Medicine*, 2008, vol. 67, n°11, p. 1917-1923.

PAQUIN S., « Le zonage et la classification des usages de restauration et de commerces d'alimentation : une mesure d'urbanisme pour diminuer l'épidémie d'obésité ? ». *Canadian Journal of Urban Research*, 2008, vol. 17, n°1, p. 48-62.

PAQUIN S., *Le zonage municipal : un outil contribuant à créer un environnement bâti favorable aux saines habitudes alimentaires*. Institut national de santé publique du Québec. 2009. 71 p. Disponible sur : <www.inspq.qc.ca/pdf/publications/912_ZonageMunici.pdf

PETERSEN A., « The 'Healthy' City, expertise, and the regulation of space ». *Health & place*, 1996, vol. 2, n°3, p. 157-165.

PIERRU F., « L'administration de la santé en fusion : la difficile naissance des Agences régionales de santé ». *Pouvoirs locaux*, 2011, vol. 90, n°3. p.75-82.

PLUMER K. D., KENNEDY L., TROJAN A., « Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999-2002) ». *Health promotion international*, 2010, vol. 25, n°3, p. 342-354.

Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (2008), Bordeaux, Editions de la DIV. Disponible à l'adresse : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/DIV_BAT_PPT_090409_BD_pap-V2_cle5abb92.pdf.

PORTER C., « Ottawa to Bangkok : changing health promotion discourse ». *Health Promotion International*, 2006, vol. 22, n°1, p. 72-79.

RAUCH A., *Histoire de la santé*. Paris : Presses universitaires de France, 1995. 127 p.

REYNAUD L., SECHET R., « Santé et risque(s), du singulier au pluriel », in FLEURET S., THOUÉZ J.-P., *Géographie de la santé: un panorama*. Paris : Economica : Anthropos, 2007. 301 p.

RHENTER P., « Les conseils locaux de santé mentale : histoire et concept ». *Pluriels*, 2011, n°87/88, p. 2-4.

Réseau français des Villes-Santé, *Villes-Santé en actions*, Rennes : Presses de l'EHESP.2010.

RICHOZ S., BOULIANNE L.-M., RUEGG J.. *Santé et développement territorial : enjeux et opportunités*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010. 180 p.

RIDDE V., « Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé ». *Recherches sociographiques*, 2004, vol. 45, n°2, p. 343-364.

SALEM G., *La santé dans la ville : géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*. Paris : Karthala ; ORSTOM, 1998. 360 p.

SALEM G., RICAN S., JOUGLA E., *Atlas de la santé en France. Volume 1, les causes de décès*. Montrouge : J. Libbey Eurotext, 2000. 189 p.

SALEM G., RICAN S., KÜRZINGER M.-L., ROUDIER-DAVAL C., KHAYAT D., *Atlas de la santé en France. Volume 2, comportements et maladies*. Montrouge : J. Libbey Eurotext, 2006. 221 p.

SAVITCH H. V., « How suburban sprawl shapes human well-being ». *Journal of Urban Health*, 2003, vol. 80, n°4, p. 590-607.

SCOTT-SAMUEL A., « Health impact assessment – theory into practice ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, vol. 52, n°11, p. 704-705.

SÉCHET R., FLEURET S., *La santé, les soins, les territoires : penser le bien-être*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2002. 236 p.

SECHET R., De la difficulté de penser ensemble « risques pour la santé » et « bien-être », in Fleuret Sébastien (dir.), *Espaces, qualité de vie, bien-être*, Presses de l'Université d'Angers, 2006, p. 157-167.

SÉCHET R., VESCHAMBRE V., *Penser et faire la géographie sociale : contributions à une épistémologie de la géographie sociale*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2006. 397 p.

SENN A., « La politique de santé de l'Union européenne ». *Questions d'Europe*, n°25, 2006.

SHARP D., « Improving city health : how can we tell ? ». *Journal of urban health*, 2002, vol. 79, n°4, p. 438-439.

SMITH D. M., *The geography of social well-being in the United States : an introduction to territorial social indicators*. New York : McGraw-Hill, 1973. 144 p.

SORRE M., « Complexes pathogènes et géographie médicale », *Annales de Géographie*, vol. 42, n° 235, 1933, p. 1-18.

SORRE M., *Les fondements de la géographie humaine, tome 1*. Paris : Armand Colin, 1943. 616 p.

STAFFORD M. et al., « Pathways to obesity : Identifying local, modifiable determinants of physical activity and diet ». *Social Science & Medicine*, 2007, vol. 65, n°9, p. 1882-1897.

STERN R., GREEN J., « Boundary workers and the management of frustration : a case study of two Healthy City partnerships ». *Health Promotion International*, 2005, vol. 20, n°3, p. 269-276.

TAKANO T., *Healthy cities and urban policy research*. London; New York : Spon Press, 2003. 308 p.

TASCON MENNETRIER C. (dir.). *Villes, santé et développement durable*. Paris : la Documentation française, 2007. 550 p.

TOULLEC L., *Construction et mise en œuvre d'une démarche d'Évaluation des Impacts sur la Santé pour un projet d'aménagement urbain : application à la halte ferroviaire de Pontchaillou et ses abords*. Mémoire de fin d'études d'Ingénieur du génie sanitaire, EHESP, 2011. 56 p.

TOWNSHEND T., LAKE A. A., « Obesogenic urban form : Theory, policy and practice ». *Health Place*, 2009, vol. 15, n°4, p. 909-916.

TSOUROS A., *World Health Organization Healthy Cities project : a project becomes a movement – review of progress 1987 to 1990*. Copenhague : FADL, 1990.

TSOUROS A., « City leadership for health and sustainable development : The World Health Organization European Healthy Cities Network ». *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, suppl. 1, p. i4-i10.

TULCHINSKY T. H., VARAVIKOVA E., *The new public health*. Amsterdam; Boston : Elsevier / Academic Press, 2009. 672 p.

VALENTINE G., McKENDRICK J., « Children's outdoor play : Exploring parental concerns about children's safety and the changing nature of childhood ». *Geoforum*, 1997, vol. 28, n°2, p. 219-235.

VALLENCIEN G. et al. , *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Rapport à la demande du ministre de la santé, des secrétaires d'Etat à la politique de la ville et à l'aménagement du territoire. Paris : Documentation française. 2009. 52 p.

VAGUET A., « Mondialisation et santé : l'abdication des Etats », in CHASLES V. (dir.), *Santé et mondialisation*. Lyon : Service édition de l'université Jean Moulin Lyon 3, 2010.

VAGUET A., RIVA M., CHASLES V., « Les risques pour la santé : spatialités et contingences ». *Espaces, populations et sociétés*, 2011, n° 1, p.19-31.

VANIER M., *Le pouvoir des territoires : essai sur l'interterritorialité*. 2^e ed. Paris : Economica-Anthropos, 2010. 186 p.

VIGNERON E., EVIN C., BAILLY A. S., *Pour une approche territoriale de la santé*. La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube : Datar, 2002. 285 p.

VIGNERON E., BARROT J., SEGADÉ J.-P., *Santé et territoires, une nouvelle donne*. La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube : DATAR, 2002. 239 p.

VIGNERON E., CARTIER N., *Les inégalités de santé dans les territoires français : état des lieux et voies de progrès*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. 194 p.

VLAHOV D., FREUDENBERG N., PROIETTI F., et al., « Urban as a determinant of health ». *Journal of urban health*, 2007, vol. 84, n°3 suppl., p. 16-26.

WEBSTER P., LIPP A., « The evolution of the WHO city health profiles : a content review ». *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, suppl. 1, p. i56-i63.

WEBSTER P., SANDERSON D., « Healthy Cities Indicators - A Suitable Instrument to Measure Health ? ». *Journal of Urban Health*, 2012. (pagination non définitive)

WILKINSON R. G., PICKETT K., *The spirit level : why greater equality makes societies stronger*. New York : Bloomsbury Press, 2010. 374 p.

WILLIAMS A., *Therapeutic landscapes*. Aldershot : Ashgate, 2007. 373 p.

WOO NAM E., « Health promotion and Healthy city projects in Korea », , in MUTO T., NAKAHARA T., NAM E. W., *Asian perspectives and evidence on health promotion and education*. Tokyo; New York : Springer, 2011. p 141-161.

Table des illustrations

Carte 1 : La distribution de la dotation générale de décentralisation par SCHS (2010) ..	54
Carte 2 : Les centres de santé polyvalents en Ile-de-France	57
Carte 3 : Les ateliers santé ville en 2008	59
Carte 4 : De l'hygiène à la promotion de la santé : diversité des politiques locales de santé	61
Carte 5 : Les dispositifs locaux de la santé en Ile-de-France	62
Carte 6 : L'organisation spatiale de l'OMS en bureaux régionaux	85
Carte 7 : Le réseau européen des Villes-Santé	138
Carte 8 : Les Villes-Santé : un réseau européen, des réseaux nationaux.....	139
Carte 9 : La diffusion du réseau des Villes-Santé entre 1987 et 2011.....	152
Carte 10 : le parc du Berry : transformation d'un espace consacré aux sports à un espace de détente pour tous.....	241
Encadré 1 : Les facteurs explicatifs de l'état de santé d'un individu selon Hippocrate...	26
Encadré 2 : L'ONU à la recherche d'indicateurs du bonheur	32
Encadré 3 : Le renouveau de l'OMS par la gestion des pandémies : la gestion du risque au détriment du bien-être mondial?	83
Encadré 4 : Extraits de la déclaration de Zagreb sur les Villes-Santé (2008)	93
Encadré 5 : les critères d'une Ville-Santé (Hancock et Duhl, 1988)	94
Encadré 6 : Positionnement vis-à-vis des acteurs au cours de la recherche.....	114
Encadré 7 : Indicateurs proposés par le réseau européen des Villes-Santé pour une enquête auprès des Villes-Santé	143
Encadré 8 : La santé dans les politiques de l'Union européenne : l'article 152 du Traité d'Amsterdam	146
Encadré 9 : La figure de l'él(u)e à la santé	160
Encadré 10 : La construction progressive d'une culture de santé publique locale à Saint-Quentin-en-Yvelines.....	181
Encadré 11 : Thématiques entrant dans l'appel à projets de la ville de Rennes.....	194
Encadré 12 : « Alter-noz » à Lorient : une politique transversale initiée par l'él(u)e à la santé.....	208
Encadré 13 : Extrait du programme de la liste « Kemper, l'écologie à gauche » pour les élections municipales de 2008 à Quimper.....	211
Encadré 14 : Les objectifs du référentiel d'aménagement durable (Ville de Rennes).....	236
Encadré 15 : Extrait de la plaquette d'informations « Urbanisme et santé », Ville de Rennes (2006).....	238
Encadré 16 : Les objectifs du volet « Environnement et santé » du sixième programme d'action de l'Union européenne pour l'environnement.....	273
Encadré 17 : Les mesures principales du deuxième Plan national de santé-environnement (2009-2013).....	275

Figure 1 : Les déterminants de la santé	21
Figure 2 : Taux de mortalité par tuberculose en Angleterre et pays de Galles	27
Figure 3 : Boucle de rétroaction pour le bien-être humain et les coûts économiques	29
Figure 4 : Politiques de santé et territoires : une gouvernance multi-niveaux.....	63
Figure 5 : Les cinq piliers de la charte d'Ottawa	89
Figure 6 : Brochure du premier colloque français des Villes-Santé en mars 1987	105
Figure 7 : Réponses des Villes-Santé au questionnaire selon leur nombre d'habitants ..	111
Figure 8 : Réponses des Villes-Santé au questionnaire selon leur localisation	112
Figure 9 : Réponses des Villes-Santé au questionnaire selon leur date d'adhésion	113
Figure 10 : L'imbrication des réseaux des Villes-Santé	129
Figure 11 : Carte de promotion du Vélostar, système de vélo en libre-service de Rennes.....	234
Figure 12 : Les paysages thérapeutiques du bien-être.....	249
Figure 13 : La modélisation de la démarche d'étude d'impact sur la santé (consensus de Göteborg).....	282
Figure 14 : Périmètre approximatif de l'EIS de la halte ferroviaire de Pontchaillou.....	290

Graphique 1 : Structure des dépenses de santé en France (1995-2009).....	23
Graphique 2 : Les EPCI dotés de la compétence action sanitaire	74
Graphique 3 : L'évolution des adhésions au réseau français des Villes-Santé depuis sa création	151
Graphique 4 : Les raisons de l'adhésion au réseau des Villes-Santé	153
Graphique 5 : Les services municipaux en charge du projet de Ville-Santé.....	158
Graphique 6 : La connaissance du réseau des Villes-Santé.....	159
Graphique 7 : La communication des Villes-Santé autour de leur appartenance au réseau.....	162
Graphique 8 : La qualité de l'articulation entre l'ASV et le projet de Ville-Santé.....	169
Graphique 9 : Présence d'un volet santé dans les agendas 21 des Villes-Santé	169
Graphique 10 : Les thématiques relatives à la santé dans les agendas 21 des Villes- Santé	170
Graphique 11 : Les objectifs des Villes-Santé et des programmes nationaux de santé (PNNS,...) sont-ils conciliables ?	172
Graphique 12 : La prise en compte de la santé dans les politiques locales	174
Graphique 13 : Les jeux d'acteurs dans les Villes-Santé : intersectorialité et partenariat..	177

Photographie 1 : Le futur parc du Berry : des terrains de sports aux « espaces de tranquillité et de rencontre »	242
Photographie 2 : La conception traditionnelle de l'aménagement en faveur de l'activité physique : le parcours sportif (quartier de Maurepas).....	244
Photographie 3 : Panneau d'information sur le parcours sportif des étangs d'Apigné) ...	244
Photographie 4 : le développement de nouveaux aménagements favorisant l'activité physique pour tous : les « fit'park » (étangs d'Apigné, Rennes).....	245
Photographie 5 : le réseau viaire secondaire : des espaces sécurisés.....	256
Photographie 6 : une aire de jeux ajoutée au parc en raison du désengagement des copropriétés pour des raisons de sécurité.....	259

Photographie 7 : Espace multi-sports (City parc) en cœur d'îlot : l'intégration des jeunes à proximité des habitations.....	260
Photographie 8 : l'utilisation des cheminements piétonniers du parc de Beauregard à la sortie de l'école.....	261
Photographie 9 : une conception ancienne de l'aire de jeux : le bac à sable isolé et non clôturé (quartier de Villejean).....	263
Photographie 10 : bac à sable clos (quartier de Villejean).....	263
Photographie 11 : la fermeture de l'aire de jeux par l'îlot (quartier de Villejean).....	264
Photographie 12 : La double sécurisation de l'aire de jeux (quartier de Maurepas).....	265
Photographie 13 : Proximité d'une aire de jeux d'une rue passante.....	266
Photographie 14 : Condamnation des accès de l'aire de jeux donnant sur un parking (quartier de Beauregard).....	266
Photographie 15 : L'aire de jeux pour enfants, un espace de bien-être ouvert à tous (quartier de Villejean).....	267

Tableau 1: Les textes de référence du programme des Villes-Santé	87
Tableau 2 : Les programmes des bureaux régionaux de l'OMS : « healthy settings »	125
Tableau 3 : Les premières Villes-Santé européennes selon leur date d'intégration.....	136
Tableau 4 : L'hébergement des réseaux nationaux des Villes-Santé européennes en 2003.....	141
Tableau 5 : composition des groupes de travail thématiques	165
Tableau 6 : Une comparaison des politiques locales de santé des Villes-Santé bretonnes.....	205

Liste des personnes interrogées

- Guillaume Bonnet, adjoint à la santé (2008-), Amiens
- Elisabeth Bruno, coordinatrice atelier santé ville, CCAS de Grasse
- Nicole Champalaune, service promotion de la santé, ville de Lorient
- Valérie Cicchelero, médecin directeur du service communal d'hygiène et de santé de Toulouse
- Pierre Couchet, responsable du service hygiène et santé, ville de Bourgoin-Jailleu
- Elisabeth Desplanques, conseillère municipale déléguée aux questions de santé publique (2008-), Quimper
- Brigitte Droual, service promotion de la santé, ville de Lorient
- Clémence Duru, directrice du pôle santé publique-handicap, ville de Rennes
- Guillaume Fauvel, responsable du service municipal de santé de la ville de la Rochelle, ancien directeur de l'Institut de promotion de la santé de la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines
- Zoë Héritage, chargée de mission du réseau français des Villes-Santé
- Edmond Hervé, ancien maire de Rennes (1977-2008), ancien ministre de la santé (1981) et secrétaire d'Etat à la santé (1983-1986), sénateur (2008-)
- Alain Jourdren, responsable du service santé-environnement, ville de Rennes
- Karine Rondeau, chargée de mission prévention et promotion de la santé, ville de Saint-Brieuc
- Annette Sabouraud, ancienne adjointe à la santé de la ville de Rennes (1989-1995), ancienne présidente du réseau français des Villes-Santé, présidente du centre collaborateur des Villes-Santé francophones
- Patricia Saraux, responsable du service promotion de la santé de la ville de Brest (responsable de la mission de santé publique de la ville de Nantes depuis l'entretien)
- Yann Syz, adjoint à la santé (2004-), Lorient
- Clotilde Tascon-Mennetrier, ancienne adjointe à la santé (1995-2008), Rennes
- Odile Vidonne, responsable du service municipal de santé de Nîmes

n.b. : les entretiens auprès de personnes situées en dehors de la Bretagne ont été effectués par téléphone

Table des matières

Introduction générale.....	13
PARTIE 1. DE LA SANTE EN VILLE A LA « VILLE EN SANTE » : EVOLUTIONS SCIENTIFIQUES ET POLITIQUES ...	17
CHAPITRE 1. LA SANTE, LE BIEN-ETRE ET LA VILLE : EVOLUTION DES APPROCHES	19
1. <i>La santé : éléments préalables de définition</i>	20
1.1. Les déterminants de la santé.....	20
1.1.1. Les déterminants biologiques et le système de soins	22
1.1.2. Les facteurs comportementaux.....	23
1.1.3. Les facteurs environnementaux	24
1.2. La santé : maladie ou bien-être ? Entre modèle biomédical et holiste	25
1.2.1. Le modèle biomédical : santé et maladie.....	26
1.2.2. La conception holiste de la santé : santé et bien-être.....	28
1.3. Le bien-être : une notion insaisissable ?.....	29
1.3.1. Bien-être et qualité de vie : une question de vocabulaire ?	30
1.3.2. Mesurer le bien-être pour mieux l'appréhender ?	31
2. <i>Les sciences sociales et la santé : vers le bien-être et l'interdisciplinarité</i>	34
2.1. La bifurcation des sciences sociales de la maladie vers le bien-être	35
2.1.1. Le rôle du contexte social et démographique dans l'évolution des sciences sociales.....	35
2.1.2. Un intérêt récent pour les questions de santé.....	36
2.1.3. La ville et la santé dans les sciences sociales : une approche interdisciplinaire par nécessité ?	38
2.2. L'inscription de la géographie de la santé dans les évolutions scientifiques	39
2.2.1. Géographie médicale, géographie des soins, géographie de la santé. Une évolution des objets de la géographie de la santé	39
2.2.2. Espace urbain et santé : quelles interactions en géographie ?	44
2.2.3. Les politiques locales de santé : un « champ d'investigation essentiel » pour l'analyse des relations villes / santé	47
CHAPITRE 2. L'ESPACE POLITIQUE DE LA SANTE A L'ECHELLE LOCALE : UNE GOUVERNANCE MULTI-NIVEAUX.....	49
1. <i>La construction progressive d'une santé publique locale par l'Etat</i>	50
1.1. L'hygiénisme municipal : entre tradition, accélération et rupture	51
1.1.1. L'hygiénisme municipal : une initiative d'abord locale (fin du XIXème)	51
1.1.2. Hygiénisme et Etat : accélération (1902) et rupture (1983)	52
1.2. Les dispensaires : pallier les déficiences de l'Etat en santé publique au lendemain de la Seconde guerre mondiale.....	55
1.3. La rupture de la politique de la ville : le retour de l'Etat dans les politiques locales	57
2. <i>Les conséquences de ces évolutions : des politiques à différentes échelles, des dispositifs en mille-feuilles concentrés à l'échelle locale</i>	64
2.1. Les politiques nationales déclinées localement, à caractère obligatoire ou normatif.....	64
2.1.1. L'agence régionale de santé, traduction territoriale de la loi HPST	64
2.1.2. Les plans nationaux thématiques : traduction des priorités nationales du ministère de la santé	68
2.2. Les initiatives des collectivités.....	70
2.2.1. L'expertise publique ou privée, support des initiatives locales.....	71
2.2.2. L'élargissement de l'espace politique de la santé à tous les échelons	72
CHAPITRE 3. LES VILLES-SANTE BRETONNES COMME LABORATOIRE POUR L'ETUDE DE LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES LOCALES DE SANTE	79
1. <i>Le programme des Villes-Santé : la mise en place d'un réseau de villes investies dans la promotion de la santé</i>	80
1.1. L'OMS, entre prévention et la promotion de la santé et lutte contre les maladies	81
1.1.1. L'OMS : évolution de son rôle dans une gouvernance mondiale de la santé et de ses politiques menées	81
1.1.2. L'organisation territoriale de l'OMS : entre mondialisation et régionalisation	84
1.2. Le programme des Villes-Santé : un programme spécial du bureau européen de l'OMS	86
1.2.1. Les référentiels du programme des Villes-Santé	86
1.2.2. La ville comme cadre de mise en œuvre de la Santé pour tous ?	92
2. <i>Les Villes-Santé en Bretagne : un cadre d'analyse</i>	98
2.1. La Région Bretagne, terrain de la recherche	99
2.1.1. L'intérêt de la Région Bretagne pour les politiques locales de santé	99
2.1.2. Un environnement local riche en ressources humaines et documentaires	100

2.2. Les Villes-Santé bretonnes, échantillon représentatif du réseau national	101
2.2.1. Des villes diversifiées, représentatives du réseau	101
2.2.2. Une représentativité des modalités de l'adhésion au réseau	103
2.2.3. L'activité des villes dans le(s) réseau(x).....	104
3. <i>Une méthodologie fondée sur trois piliers : documents, questionnaire et entretiens</i>	106
3.1. Analyse de documents.....	106
3.1.1. Les documents produits par les municipalités	107
3.1.2. Les documents produits par le réseau des Villes-Santé	108
3.1.3. Autres documents	109
3.2. Questionnaire	109
3.3. Entretiens	113
PARTIE 2. LES VILLES-SANTE : QUELLE APPLICATION LOCALE DE PRINCIPES GLOBAUX ?	117
CHAPITRE 4. REPARTITION ET ORGANISATION EN RESEAUX DES VILLES-SANTE DANS LE MONDE.....	119
1. <i>La répartition des Villes-Santé dans le monde, reflet des dynamiques sanitaires mondiales ?</i>	120
1.1. Les Villes-Santé : un révélateur des dynamiques sanitaires à l'échelle mondiale	120
1.1.1. La santé à l'échelle mondiale : l'évolution récente des recherches en géographie	121
1.1.2. La mondialisation de la santé : maintien des disparités de santé et émergence d'une gouvernance mondiale de la santé	122
1.1.3. L'inégale répartition mondiale des Villes-Santé, conséquence des disparités mondiales de santé	123
1.2. La variabilité des modes de diffusion et de mise en œuvre des Villes-Santé à l'échelle mondiale	127
1.2.1. L'hétérogénéité des modalités de diffusion des projets Villes-Santé à l'échelle mondiale.....	127
1.2.2. Pérennisation et développement de projets. L'effacement de l'OMS au profit d'acteurs plus traditionnels : l'Etat et les acteurs locaux	130
2. <i>Les Villes-Santé en Europe : des réseaux disparates, dépendants au contexte national et local</i>	133
2.1. La complexité des réseaux.....	134
2.1.1. Un réseau continental structuré	134
2.1.2. Réseaux internationaux, réseaux nationaux	138
2.1.2. Le réseau européen et son utilisation par les villes.....	140
2.2. Villes-Santé, villes et santé en Europe	142
2.2.1. Le réseau des Villes-Santé : une homogénéisation des pratiques à l'échelle européenne ?	142
2.2.2. Les politiques locales de santé en Europe : des acteurs parallèles aux Villes-Santé	145
CHAPITRE 5. DIFFUSION ET DIVERSITE DES FORMES LOCALES DE L'ADHESION DES MUNICIPALITES AUX PRINCIPES DU RESEAU FRANÇAIS.....	149
1. <i>Le réseau national : diffusion et utilisation</i>	150
1.1. Pourquoi adhérer au réseau ? Les raisons de la diffusion du réseau	150
1.1.1. Un réseau d'échanges thématique qui s'appuie en partie sur des relations personnelles.	150
1.1.2. Label ou promesse de s'engager sur la voie du bien-être ?	154
1.2. L'articulation entre le réseau et la municipalité, autour du binôme technicien/élu	157
1.3. L'utilisation du réseau par les élus et les techniciens	162
2. <i>La mise en œuvre des principes des Villes-Santé à l'échelle locale</i>	166
2.1. Des forces contraires ? Forces centrifuges, forces centripètes : une dispersion des politiques de santé	166
2.1.1. Les forces centripètes. Une complémentarité des dispositifs locaux vers le bien-être (agendas 21, ateliers santé ville) ?	167
2.1.2. Les forces centrifuges : la promotion de la santé vue par l'État.....	170
2.2. Dépasser les frontières traditionnelles de la santé pour adopter une nouvelle conception de la santé ?	172
2.2.1. Intégrer la santé dans toutes les politiques locales ? L'intersectorialité et le partenariat en question ..	173
2.2.2. Les liens entre les acteurs locaux : le facteur déterminant de la dynamique locale	175
2.3. Une application hétérogène des principes des Villes-Santé à l'échelle nationale	178
CHAPITRE 6. APPROCHE COMPARATIVE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPES DES VILLES-SANTE A L'ECHELLE LOCALE : LE CAS DES VILLES BRETONNES.....	183
1. <i>Des dynamiques locales hétérogènes, une dynamique régionale de santé émergente</i>	184
1.1. La clé : le service municipal de santé.....	185
1.1.1. Le service communal d'hygiène et de santé, dispositif central... ..	185
1.1.2. ... doublé d'un service de promotion de la santé	185
1.2. Une nécessaire coopération avec les acteurs locaux.....	189
1.2.1. Les comités intersectoriels : creusets du partenariat.....	189
1.2.2. Les associations : les partenaires privilégiés des services municipaux de santé	190
1.2.3. L'expertise externe : à la recherche d'outils performants.....	192
1.3. A l'échelle régionale : cloisonnement ou émergence d'une coopération entre les villes ?	194
1.3.1. La promotion de la santé à l'échelle régionale : un paysage hétérogène	194
1.3.2. Des villes forces de proposition à l'échelle régionale ?	196

2. Les projets mis en œuvre : résultat de l'appartenance au réseau des Villes-Santé ?.....	197
2.1. La relation au réseau des Villes-Santé	198
2.1.1. La culture des réseaux : facteur de participation des acteurs municipaux au réseau ?	198
2.1.2. Quelle participation au réseau des Villes-Santé ?	199
2.2. Les projets mis en œuvre : projet de service, projet de ville ?	202
2.2.1. Les projets locaux de santé : points communs et différences.....	202
2.2.2. Etre une Ville-Santé : projet de service ou projet de ville ?	207
PARTIE 3. LA SANTE : UNE DIMENSION DES AMENAGEMENTS URBAINS ?	213
CHAPITRE 7. LA SANTE, UN REFERENTIEL POUR LES AMENAGEMENTS URBAINS ?	215
1. Des projets urbains tournés vers la santé ?	216
1.1. Santé et urbanisme : des liens historiques... ..	216
1.2. ...renouvelés avec de nouvelles problématiques de santé	218
1.3. La santé dans les projets urbains : une approche traditionnelle	220
1.3.1. Une approche populationnelle.....	221
1.3.2. Une approche territoriale qui vise les publics précaires	223
1.3.3. Une approche de la santé renouvelée par les enjeux environnementaux	224
1.4. Le développement durable, le référentiel majeur des projets urbains	226
1.4.1. Une convergence de principes du développement durable et des Villes-Santé ?	227
1.4.2. Une convergence toute relative	229
2. Le projet urbain de la ville de Rennes : pour une ville plus favorable à la santé ?	232
2.1. La santé au second plan, malgré une action politique volontaire	233
2.2. La traduction du projet urbain dans les aménagements à Rennes : des aménagements pensés pour le bien-être des habitants ?	238
CHAPITRE 8. LE BIEN-ETRE DANS L'ENVIRONNEMENT DES ENFANTS ET DES JEUNES : UNE QUESTION D'AMENAGEMENT ?	245
1. Bien-être et espace urbain.....	246
1.1. Les paysages thérapeutiques : une approche géographique des espaces favorables à la santé	246
1.2. L'aménagement urbain, déterminant de la santé ?	247
2. Quels espaces de bien-être pour les enfants à l'échelle de la ville et du quartier ?	251
2.1. A l'échelle de la ville : un traitement particulier de l'espace public en faveur des plus vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes à mobilité réduite)	252
2.2. A l'échelle du quartier et de l'îlot : un aménagement axé sur la sécurité et les interactions sociales	255
2.3. A l'échelle de l'aire de jeux	259
2.3.1. L'aire de jeux : enfermement et sécurité pour assurer le bien-être des enfants (et des parents ?)	260
2.3.2. Les aires de jeux : un détournement des usages originels	263
CHAPITRE 9. LES VILLES-SANTE ET L'URGENCE ENVIRONNEMENTALE : CONCURRENCE OU PREOCCUPATION COMMUNE ?	269
1. Environnement et risques pour la santé : obstacle à l'approche globale des déterminants de la santé dans les politiques publiques ?	270
1.1. Un cadre législatif et conceptuel qui repose sur une approche par les risques	271
1.2. L'exemple d'une politique à l'intersection de l'environnement et de la santé : le développement de la pratique du vélo en ville	274
2. Les études d'impact sur la santé : un outil de réconciliation de l'environnement et de la santé ?	278
2.1. Principes et méthodes des études d'impact sur la santé	278
2.2. Les EIS : des impacts limités sur les politiques.....	282
2.2.1. Les EIS : une référence internationale ?	282
2.2.2. Les EIS inscrites dans les législations nationales	283
2.2.3. Les EIS en France : une démarche expérimentale menée par quelques municipalités	286
Conclusion générale	293
Bibliographie.....	297
Table des illustrations.....	313
Liste des personnes interrogées	317

Résumé :

Le programme Ville-Santé de l'OMS est une référence sur laquelle les acteurs ayant compétence à agir sur les espaces de vie des populations peuvent s'appuyer pour intervenir stratégiquement, de manière globale, intersectorielle, partenariale et participative en faveur de la santé des populations. Du point de vue de l'aménagement et la gouvernance des territoires, la thèse s'inscrit dans la démarche d'analyse a posteriori de la construction locale de la santé publique. Du point de vue géographique, l'un des aspects les plus intéressants de Ville-Santé est de voir comment les villes adhérentes cherchent à promouvoir des initiatives dans des lieux et configurations spatiales spécifiques et comment ces lieux et ces initiatives localisées contribuent à la santé et au bien-être.

En définissant la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental, social », l'OMS a contribué à diffuser un modèle des déterminants de la santé qui accorde une importance significative aux facteurs liés aux environnements physiques et sociaux. Le programme Villes-Santé a été lancé en 1986 afin de reconnaître le rôle des acteurs de l'urbain dans la promotion de villes susceptibles de concourir à l'épanouissement et la santé pour Tous. Au-delà de l'analyse des modalités d'adhésion de chacune des villes bretonnes concernées au réseau, la thèse évalue l'élargissement de la prise en compte de la santé dans les priorités locales, en s'intéressant plus particulièrement aux choix en matière de gestion et d'aménagement des espaces urbains.

Mots-clés : Villes-Santé, réseaux de villes, politiques locales de santé, aménagement urbain, Bretagne.

Abstract :

The Healthy Cities Project of World Health Organization is a reference that the actors competent to act on the living spaces of people can use to intervene strategically, globally, intersectoral, participatory and partnership for health populations. From the perspective of management and governance of territories, the thesis is in the process of post hoc analysis of the construction of local public health. From geographical point of view, one of the most interesting aspect of "Healthy Cities" is to see how the member cities seek to promote initiatives in places and specific spatial patterns and how these places and these initiatives contribute to local health and well-being.

In defining health as "a state of complete physical, mental, social, well-being", WHO has helped to disseminate a model of the determinants of health that attaches significant importance to factors related to physical and social environments. The Healthy Cities Program was launched in 1986 to recognize the role of actors in the urban development of cities likely to contribute to the vitality and Health for all. The goals of Healthy Cities were then reinforced, and rivaled or surpassed by the goals of sustainable development. Beyond the analysis of the terms of accession of each of the Breton towns involved in the network, the thesis seeks to assess the expansion of the inclusion of health in local priorities, with particular attention to the choices management and planning areas.

Keywords : Healthy cities, cities networks, local health policies, urban planning, Brittany